

# **Enjeux de l'information sur les adultes en phase préopératoire**

**Conséquences sur l'anxiété périopératoire en chirurgie  
programmée**

**Revue étoffée de littérature**

Travail de Bachelor

Par

**Noémie Blanc**

Promotion 2008-2011

Sous la direction de : François Magnin

**Haute Ecole de Santé Fribourg**

Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

## Résumé

Une intervention chirurgicale est une situation générant de l'anxiété périopératoire chez la personne soignée. Donner de l'information est un moyen permettant de la réduire. Par conséquent, il est important d'utiliser le bon support pour transmettre l'information agissant sur cette diminution. Le choix de la revue de littérature a permis la récolte de données à ce sujet.

Les buts de cette revue, constituée de onze articles, permettent d'appréhender l'impact de cette information donnée en préopératoire, d'identifier la nature ainsi que les moyens de la transmettre. L'information se transmet au moyen de plusieurs combinaisons comme, « informations écrites et orales », « informations audio-visuelles et orales », « informations audio-visuelles et présence » et « informations visuelles écrites et orales ». La combinaison d'un support écrit ou visuelle mais doublé d'un entretien permet la diminution plus marquée de l'anxiété périopératoire des patients.

Définir le meilleur moyen de transmission d'informations est relativement difficile et des limites apparaissent. D'autres problématiques seraient à résoudre pour affiner la question.

Tenir compte de l'anxiété périopératoire paraît important pour le confort de la personne placée dans une situation inhabituelle pour autant qu'elle le souhaite.

## **Remerciements**

Tout d'abord, je tiens à remercier M François Magnin, directeur de mon travail de bachelor, pour son soutien, son accompagnement et ses encouragements au long de l'élaboration de ce travail.

Je souhaite également remercier Mme Dubey Catherine pour ses précieux conseils et son suivi.

Merci à ma famille pour son soutien et sa patience durant toute ma formation ainsi qu'à Aurélien pour sa présence.

Un tout grand merci à Tere pour ses précieux conseils et ses relectures attentives qui ont contribué à la réalisation de mon travail.

## Table des matières

Introduction .....	6
1 Problématique.....	7
1.1 Vue d'ensemble .....	7
1.1.1 Quelques généralités.....	7
1.1.2 En milieu hospitalier.....	8
1.1.3 Quelques moyens pour diminuer l'anxiété.....	10
1.2 Question de recherche.....	11
1.3 Objectifs.....	11
2 Concepts.....	12
2.1 Anxiété.....	12
2.1.1 Définition.....	12
2.1.2 Différences .....	13
2.1.2.1 Anxiété et angoisse.....	13
2.1.2.2 Anxiété et peur .....	14
2.1.2.3 Anxiété état et anxiété trait.....	14
2.2 L'information .....	14
2.2.1 Définition.....	14
2.2.2 En milieu hospitalier.....	15
3 Contexte.....	16
3.1 Chirurgie ambulatoire.....	16
3.2 Hospitalisation traditionnelle .....	16
3.2.1 Période préopératoire .....	16
4 Cadre théorique selon Fornerod .....	17
5 Méthodologie .....	19
5.1 Sélection des articles.....	19
5.1.1 Critères d'inclusion .....	19
5.1.2 Critères d'exclusion .....	20
5.1.3 Stratégies de recherches.....	20
5.1.4 Analyse critique .....	23
6 Résultats.....	23
6.1 Informations écrites et orales.....	24
6.2 Informations audio-visuelles et orales.....	29
6.3 Informations audio-visuelle et présence.....	33
6.4 Informations visuelles écrites (site Web) et informations orales .....	34
6.5 Informations indépendantes d'une intervention expérimentée.....	35
7 Discussion.....	36
7.1 Principaux résultats et limites des études .....	36
7.2 Qualité des études analysées.....	42
7.3 Chronologie de l'évaluation de l'anxiété périopératoire .....	43
7.4 Réponse à la question .....	44
7.5 Recommandations pour la pratique .....	44
7.5.1 Droit à l'information.....	44
7.5.2 Comment et quels types d'informations transmettre.....	45
7.5.2.1 Rétention d'information .....	45
7.5.2.2 Sources diverses d'informations .....	45

7.5.2.3	Evaluation de l'anxiété .....	45
7.5.2.4	Informations sur les risques de complications.....	45
7.5.2.5	Brochure ou vidéo d'information.....	46
7.5.2.6	Combinaison de supports d'informations .....	46
7.5.2.7	Liens avec le cadre théorique de Fornerod .....	48
7.6	Recommandations pour des recherches futures .....	49
7.6.1	Quelle quantité donner .....	50
7.6.2	Moment de donner de l'information .....	50
7.6.3	A quel genre de personnes.....	51
7.6.4	Autres moyens pour diminuer l'anxiété .....	52
7.7	Limites de la revue de littérature étoffée .....	52
7.8	Annotation de l'auteure .....	52
8	Conclusion .....	52
9	Bibliographie .....	54
10	Annexes .....	60
10.1	Annexe A : Déclaration d'authenticité .....	60
10.2	Annexe B : Grille d'analyse critique .....	61
10.3	Annexe C : Tableau contextes et population des études .....	65
10.4	Annexe D : Echelle de Spielberger pour l'anxiété état .....	67
10.5	Annexe E : Grilles de lecture des articles .....	68

## **Introduction**

Grâce à son unicité, l'être humain dispose d'un éventail de réactions multiples. Un événement de la vie suscite des états émotionnels divers. Cela peut aller d'une joie intense à une anxiété importante.

Dans le cadre de cette revue de littérature étoffée, l'événement porte sur l'expérience chirurgicale. La personne est brusquement plongée dans un monde mystérieux, insolite, inconnu. Très souvent, cette confrontation la pousse vers un sentiment d'anxiété. La représentation de son passage au bloc opératoire peut être vécue comme une agression autant physique, que psychique, qu'émotionnelle. La perte momentanée de son indépendance est parfois difficilement acceptée. Toutes ces situations peuvent engendrer de l'anxiété provoquant parfois des conséquences physiques et psychiques pour la personne soignée.

La prise en soins infirmière dans la phase préopératoire s'avère importante. L'information peut diminuer l'anxiété. Dans ce contexte, il s'agit d'utiliser le bon moyen pour transmettre de l'information ayant un effet anxiolytique. Cette information peut avoir différents supports. Toute la question, pour l'infirmière, sera de déterminer le ou les moyens adéquats susceptibles de diminuer l'anxiété périopératoire.

Cette revue de littérature étoffée va mettre en lien des supports d'informations avec l'anxiété périopératoire.

# **1 Problématique**

A l'heure actuelle, l'hospitalisation, pour une intervention chirurgicale programmée, est une expérience courante vécue par une grande partie de la population. L'entrée dans le « monde » particulier de l'hôpital n'est pas anodine pour le patient. Celle-ci a des conséquences : la personne est éloignée momentanément de sa famille, de sa vie professionnelle autant que de sa vie sociale. Cela lui demande toute une organisation. Elle vit une expérience inconnue, remplie de représentations et redoute les conséquences comme la douleur, l'annonce du diagnostic, la perte de l'intégrité corporelle et de son indépendance.

## **1.1 Vue d'ensemble**

Dans la vie d'une personne, subir une intervention chirurgicale reste un moment particulier. En général, les personnes partagent leurs réactions face à cet événement futur ou passé. En milieu hospitalier, une prise en charge spécifique préopératoire peut être offerte. Les soignants utilisent des moyens pour accompagner la personne durant cette expérience.

### **1.1.1 Quelques généralités**

Dans les discussions de la vie courante, il n'est pas rare d'entendre parler les gens de leur intervention et plus spécialement de l'appréhension liée à cette expérience. Les réactions, les comportements et les réflexions des patients en attente de leur intervention suscitent un questionnement. Dans son article, Dalstein (1995) décrit le patient qui va être opéré comme étant souvent mutique, prostré dans son lit ou parlant peu ; s'il parle, il tient des propos peu compréhensibles.

Comme expliqué par le Centre National français de Ressources de lutte contre la Douleur [CNRD] (2008), la situation préopératoire amène le patient vers un état d'angoisse. L'expérience de l'hospitalisation, dans le cadre d'une intervention chirurgicale, peut produire des impressions de malaise, du stress, des réactions comme de la peur, de l'anxiété, de la détresse, de l'angoisse. Les ressentis ne portent pas que sur des peurs précises ou spécifiques. Un nombre considérable de patients sont inquiets avant la chirurgie électorive et ils énoncent

leurs peurs face à l'anesthésie, à la douleur et à l'inconfort provoqués par l'intervention, face à l'opération en elle-même et face au fait de perdre conscience (Mitchell 1997, 2000a, 2003).

Chaque personne exprime son anxiété différemment. Les manifestations de l'anxiété sont à la fois physiologiques (sudation, augmentation du rythme cardiaque, crispation, ...), intellectuelles (mécanismes de défense, difficultés de concentration et de mémorisation, ...), émotionnelles (culpabilité, honte, tristesse), spirituelles (absence de système de valeurs et de croyances, appréhension du futur, ...) et sociales (difficultés à établir des contacts avec les autres) (Speich, 1998).

### 1.1.2 En milieu hospitalier

Comme l'écrivent Delmas, Arnol & Cloutier (1997), les infirmières<sup>1</sup> travaillant en chirurgie observent quotidiennement l'anxiété préopératoire. Ce phénomène peut avoir des répercussions. Selon le CNRD (2008), différentes études menées chez l'adulte démontrent le phénomène suivant : des patients ayant des niveaux importants d'anxiété préopératoire présentent des réveils postopératoires plus lents, plus compliqués et plus douloureux.

Tenir compte de cette anxiété, autant en préopératoire, peropératoire et postopératoire, fait partie du travail de l'infirmière. Certaines répercussions liées à l'anxiété ont été identifiées.

Des recherches se sont centrées sur les aspects de l'anesthésie associés à l'anxiété. Celle de Daoud & Hasan (1999) cité par Mitchell (2003), a démontrée que l'anxiété était liée à une augmentation du temps de détente de la mâchoire. Lors de l'intubation, davantage d'anesthésique sera utilisé. Storm et al (2002) cité par Mitchell (2003), ont, quant à eux, remarqué une corrélation entre l'activité du nerf sympathique augmentée par l'anxiété et la diminution de la profondeur de l'anesthésie.

Un autre facteur important concerne la douleur. Carr et al (2004) ont réalisé une étude qui confirme la perspective de la chirurgie comme un événement

---

<sup>1</sup> Le mot « infirmière » s'applique autant aux femmes qu'aux hommes



stressant. La douleur aiguë est inextricablement liée à certaines émotions telles que l'anxiété. Ils ont constaté que chez les patients anxieux en préopératoire et postopératoire, les scores de douleur postopératoire étaient significativement plus élevés que chez les patients moins anxieux.

Le stress, conséquence de l'anxiété, aura comme effets physiologiques une vasoconstriction, qui augmentera la difficulté de la pose des voies veineuses périphériques (Pritchard, 2009). Une autre étude démontre que l'anxiété peut réduire l'immunité d'un patient et retarder la guérison, ce qui entraîne une hospitalisation prolongée qui, elle, peut entraîner des séquelles comportementales et cognitives également lourdes de conséquences sur le rétablissement de la personne soignée (Kiecolt-Glaser et al, 1998, cité par Prichard, 2009).

La préparation psychologique à l'opération chirurgicale, grâce aux interventions infirmières, est bénéfique pour les patients. Ils seront plus coopératifs et récupéreront plus vite après l'opération (Johnston & Vögele, 1993). Mitchell (2000a) écrit qu'aider les patients à faire face à leur anxiété est une des plus importantes responsabilités de l'infirmière, d'où l'importance d'identifier et de comprendre l'anxiété vécue par les patients en chirurgie. De plus, Rosen (2008) explique qu'il est important que la personne soignée vive une expérience chirurgicale positive. Ce vécu influencera positivement d'autres actions chirurgicales.

Actuellement, les techniques chirurgicales progressent. Les avancées techniques, comme par exemple la pratique des chirurgies mini-invasives, les opérations par radio-fréquence ou par lasers ainsi que les interventions par scopie, réduisent le temps d'hospitalisation. L'amélioration des procédés d'anesthésie, permettent également une importante diminution du séjour en milieu hospitalier. (Association Nationale des Malades du Cancer de la Prostate [anamacap], 2008). Grâce à ces progrès, de plus en plus de chirurgies ambulatoires sont pratiquées.

En 2000, Mitchell constatait qu'en l'espace de vingt ans, la durée d'hospitalisation était passée de 9 jours à 5,4 jours en moyenne. Cette diminution de près de 30% a un impact considérable sur les pratiques de soins infirmiers. Les professionnels de la santé auront ainsi moins de temps pour les

patients (identification des ressentis, soutien, ...) (Pritchard, 2009). En ambulatoire, le futur opéré peut arriver dans le service quelques heures, voire quelques minutes, avant l'intervention. Ainsi, l'accompagnement adéquat, visant à diminuer l'anxiété préopératoire ne pourra pas se faire correctement.

Le temps restreint pour l'intervention infirmière en phase préopératoire pose problème car il est difficile d'agir sur l'anxiété et ses conséquences. Cette restriction de temps, pour la prise en charge, engendrera une centration sur les aspects médicaux, physiques, au détriment des aspects psycho-éducatifs (Fung & Cohen, 2001). Il est clair que les aspects physiques sont importants, mais, comme le dit Murphy (1994) cité par Mitchell (2000), les aspects physiques ne sont pas nécessairement les exigences centrales du patient. Dans ses articles, Mitchell (1994, 1997, 2000, 2003), écrit que la prise en charge psychologique est restée pratiquement inchangée. Malgré les avancées techniques et devant l'anxiété des patients, peu de soins formels sont entrepris pour s'attaquer à ce problème majeur.

### 1.1.3 Quelques moyens pour diminuer l'anxiété

De nombreuses recherches décrivent certaines substances anxiolytiques. Les laboratoires pharmaceutiques ont synthétisé des molécules pour la prémédication qui est un traitement médicamenteux administré avant une anesthésie ou un examen difficilement toléré (Rey-Debove & Rey, 1993). Mitchell (2007), relate que l'aspect psycho-éducatif deviendra un élément central du rôle de l'infirmière en chirurgie moderne. Dans ce contexte, la nécessité de réactualiser les soins infirmiers devient primordiale. Il dit que l'anxiété préopératoire est un élément crucial des soins et qu'un certain nombre d'aspects sont fondamentaux pour une gestion efficace. (Mitchell, *ibid.*). En 2003, cet auteur insiste sur les prochains défis pour la profession infirmière qui seront de mettre en place des interventions plus subtiles et plus thérapeutiques, nécessaires dans la nouvelle ère de la chirurgie moderne. Par conséquent, quelles interventions infirmières permettraient aujourd'hui de diminuer l'anxiété préopératoire ? Plusieurs auteurs écrivent sur cette problématique et tentent de trouver des réponses à cette question. Parmi certaines réponses, telles que la musicothérapie, l'aromathérapie, la relaxation, la plus courante en milieu hospitalier consiste à donner des informations au patient. Recevoir des

informations est un droit pour le patient et cette intervention se pratique dans toutes périodes préopératoires.

Dans son étude, Rosen (2008) a cherché à comprendre les raisons qui faisaient que certains patients étaient anxieux et d'autres non. Parmi ces raisons invoquées il y a l'expérience antérieure d'une chirurgie, la sécurité ressentie, les soins apportés (affection, prendre soin), le sentiment d'espérance durant l'attente du passage au bloc opératoire. Les patients interrogés ont souligné également l'information adéquate reçue. Par rapport à cette information, leurs déclarations étaient : « j'en sais assez sur ce qui va se passer », « j'ai reçu beaucoup d'informations », « excellentes informations avant l'opération », « le personnel m'a expliqué ce qui va se passer ». Le personnel soignant a donc transmis des informations pertinentes aux patients qui ont perçu une diminution de leur anxiété. Cependant, Lang et al (2005) ainsi que Barsky et al (2002) cité par Rosen (2008), mettent en garde sur le contenu de l'information donnée, car, informer sur la douleur par exemple, peut entraîner plus de douleur et de souci chez la personne soignée. La signification émotionnelle négative (douleur, inconfort) de certains mots, peut déclencher des effets indésirables.

## **1.2 Question de recherche**

Tenir compte de l'anxiété périopératoire paraît importante pour le confort de la personne placée dans une situation inhabituelle.

Dans le contexte d'une intervention chirurgicale programmée, de quelle manière l'information préopératoire est-elle un enjeu sur l'anxiété ?

## **1.3 Objectifs**

La prise en charge de l'anxiété dans la phase préopératoire permet au patient de mieux vivre l'intervention et de récupérer plus vite. L'infirmière a un rôle essentiel à tenir en milieu hospitalier. L'évolution des techniques médicales diminuant le temps d'hospitalisation exigent une adaptation des soins infirmiers. La pertinence de la gestion de cette période et les conséquences de celle-ci sur l'intervention permettra de valoriser le travail infirmier.

Les buts de cette revue de littérature étoffée sont :

- Appréhender l'impact de l'information donnée en préopératoire sur l'anxiété des patients en périopératoire ;
- D'identifier la nature de l'information préopératoire et les moyens de la transmettre ;
- Etablir des recommandations concrètes pour la pratique infirmière en fournissant l'information au patient en contexte de la chirurgie moderne.

## **2 Concepts**

La situation, peu commune, de l'intervention chirurgicale peut provoquer des réactions chez les personnes. Ces manifestations, autant psychologiques que physiologiques, sont parfois difficilement exprimables sous un terme bien défini. Dans le langage courant plusieurs termes sont utilisés comme : stress, anxiété, appréhension, angoisse, peur. Que l'on soit stressé, angoissé ou anxieux, le corps réagit par un « stress ». Ce « stress » est un état réactionnel de l'organisme. Il permet dans un premier temps de faire face à la situation mais, à long terme, il peut nuire à la santé (Mooser, 2006).

Dans le contexte de la chirurgie, le terme « anxiété » permet de mettre un dénominateur commun à toutes ses réactions.

Les concepts étudiés portent sur l'anxiété générée en périodes préopératoire, peropératoire et postopératoire, regroupées sous le générique périopératoire ainsi que sur l'information transmise aux patients.

### **2.1 Anxiété**

Dans un premier temps, la définition de l'anxiété sera abordée. Ensuite, des différences seront mises en lumière comme l'anxiété et l'angoisse, la peur. Un sous point traitera de l'anxiété état et l'anxiété trait.

#### **2.1.1 Définition**

D'un point de vue psycho-physiologique, l'anxiété se définit comme un « vague sentiment de malaise, d'inconfort ou de crainte accompagné d'une réponse du système nerveux autonome (...) » (Pascal & Frécon, 2007, p.72). C'est un « sentiment d'appréhension généré par l'anticipation du danger » (Pascal &

Frécon, 2007, p.72). Cette émotion banale fait partie de la vie affective, professionnelle, sportive, sociale. Elle permet l'adaptation aux situations difficiles, comme la préparation à un examen, à la réussite d'un projet. L'anxiété facilite l'action et permet de résoudre un problème (Palazzolo, 2007).

Dans le contexte préopératoire, l'intervention chirurgicale engendre un état anxiogène. La peur du patient n'est pas clairement définie (Carpenito, 1997).

Une classification de l'anxiété est proposée par Carpenito (ibid.). Selon son échelle, l'anxiété préopératoire est considérée comme modérée. Le patient présente certaines caractéristiques comme une perception altérée, une concentration difficile, un apprentissage plus laborieux. Des réminiscences peuvent le perturber. Une inadaptation et une inadéquation à son environnement peuvent surgir. Certaines manifestations physiologiques apparaissent comme un changement de la voix (plus aiguë), un rythme cardiaque et une fréquence respiratoire augmentés, des frissons et des tremblements font parfois leur apparition (Carpenito, 1995, cité par Carpenito, ibid.). Dans ce contexte hospitalier, l'anxiété est qualifiée de situationnelle ou d'état (Carpenito, ibid.).

Certaines caractéristiques physiologiques de l'anxiété entraînent du stress, appelé aussi syndrome général d'adaptation par Selye (Radat, 1998).

Cette anxiété peut se ressentir également pendant l'intervention chirurgicale si le patient est sous anesthésie locorégionale et en postopératoire. Si on considère tous ces moments possibles, on parle alors d'anxiété périopératoire (Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes [sofia], 2011).

### 2.1.2 Différences

Afin d'éviter les malentendus et les incompréhensions, certains termes nécessitent une clarification. Une différenciation entre « angoisse » et « peur » par rapport à « anxiété » est décrite.

#### 2.1.2.1 Anxiété et angoisse

Dans la littérature anglo-saxonne, les termes d'anxiété et d'angoisse se traduisent sous un même mot : anxiety (Radat, 1998).

Etymologiquement, « angoisse » et « anxiété » ont la même racine latine : *angere*, qui signifie « opprimer », « étrangler », « gêner », « suffoquer » (Van Rillaer, 1997).

Dans le grand public, les termes « angoisse » et « anxiété » s'utilisent souvent comme synonymes. Pourtant, ils se distinguent. L'angoisse désigne une réaction plus intense que l'anxiété. Ou encore, l'angoisse intensifie l'aspect physique du trouble et l'anxiété appuie l'aspect psychique. La menace n'a pas un caractère clairement défini (Van Rillaer, *ibid.*).

Hespel (1998), explique que « dans le cadre de l'hospitalisation, nous parlerons plutôt d'anxiété étant donné que l'hospitalisation peut être assimilée à quelque chose d'inconnu » (p.1).

#### 2.1.2.2 Anxiété et peur

La différenciation entre l'anxiété et la peur se situe au niveau de l'objet. L'anxiété est subjective, causée par le sentiment de la venue d'un événement dangereux peu défini. Alors que la peur concerne un danger objectif, précis et une réelle menace (Radat, 1998).

#### 2.1.2.3 Anxiété état et anxiété trait

Il existe différents types d'anxiété. Dans le contexte de l'élaboration de la revue de littérature, les notions d'anxiété état et d'anxiété trait sont précisées. Tout d'abord l'anxiété état se définit comme un éveil physiologique, une réaction à une situation stressante. L'anxiété trait (predisposition, tempérament) caractérise les personnes ayant ce trait de caractère (Spielberger & Sarason, 1975, cité par Carpenito, 1997).

## 2.2 L'information

Pour traiter de ce deuxième concept, une définition de l'information est donnée. Ensuite, le droit et l'importance de l'information auprès du patient en milieu hospitalier sont exposés.

### 2.2.1 Définition

Selon Le Nouveau Petit Robert, l'information se définit de la manière suivante :

1. « Renseignement sur qqn sur qqch (...). Ensemble des renseignements obtenus par qqn ».
2. « Action de s'informer, de prendre des renseignements ».
3. « Fait ou jugement qu'on porte à la connaissance d'une personne, d'un public, à l'aide de mots, de sons ou d'images ».
4. « Ensemble des informations, et par ext. Action d'informer l'opinion sur la vie publique, les événements récents » (Rey-Debove & Rey, 1993, p.1314).

### 2.2.2 En milieu hospitalier

Face à une intervention chirurgicale, le patient est en droit de recevoir de l'information. Selon Sanimedia (2010) :

Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, sur les examens et traitements envisageables, sur les conséquences et les risques éventuels qu'ils impliquent, sur le pronostic et sur les aspects financiers du traitement. Au moment de son admission dans un établissement sanitaire, le patient reçoit, en principe, une information écrite sur ses droits et ses devoirs et sur les conditions de son séjour (p.4).

Toujours selon Sanimedia (ibid.), des restrictions peuvent apparaître :

- « Si le patient renonce de manière claire à être informé, par exemple s'il ne souhaite pas savoir s'il a ou non une maladie incurable ; cette renonciation n'est pas, dans ce cas, assimilable à une renonciation aux soins.
- En cas d'urgence, l'information pourra alors être remise à plus tard » (p.4).

L'information du patient est primordiale. « L'information du patient est devenue un élément essentiel dans le fonctionnement des systèmes de soins et un préalable indispensable à l'empowerment des patients » (Social info, 2011). Le regard critique ainsi que la participation active du patient dépendra de cette information qui doit être de qualité. En effet, « l'information doit être donnée de manière compréhensible (du point de vue du contenu comme de la langue) pour le patient concerné » (Social info, 2011).

### **3 Contexte**

Les contextes liés à la problématique se situent en milieux hospitaliers comme la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation traditionnelle. L'information pour diminuer l'anxiété est donnée en période préopératoire.

#### **3.1 Chirurgie ambulatoire**

La chirurgie ambulatoire englobe l'ensemble des soins sur un temps limité (quelques heures ou une journée). L'intervention est programmée. Les urgences, donc, n'en font pas parties. Ce type d'intervention requiert certaines caractéristiques. « Le temps d'intervention ne doit pas dépasser 2 heures et le geste opératoire ne doit présenter qu'un faible taux de complications postopératoires » (Rémond, 2007, p.4). D'autre part, certains critères concernent le patient comme : « un domicile fixe et peu éloigné d'un centre médical, un téléphone d'accès facile, un accompagnant disponible et responsable, une bonne compréhension du traitement proposé et l'acceptation parfaite de son observance » (Rémond, *ibid.*, p.4).

La chirurgie ambulatoire est également appelée chirurgie d'un jour (Carpenito, 1997).

#### **3.2 Hospitalisation traditionnelle**

Quant à l'hospitalisation traditionnelle, elle permet des interventions programmées ainsi que les interventions d'urgences. Elle concerne des patients ne répondant pas aux critères de chirurgie ambulatoire (refus du patient, suites opératoires complexes ou temps d'interventions trop long) (Rémond, 2007).

##### **3.2.1 Période préopératoire**

La période débute dès l'annonce de l'intervention chirurgicale au départ pour le bloc opératoire (Rémond, *ibid.*). Il faut savoir que le patient et son entourage développent de l'anxiété tout au long de cette période, longue ou brève selon la disponibilité du chirurgien et la gravité de la situation. L'intervention infirmière quant à elle, débute lors du premier contact avec le patient. Cette rencontre s'effectue à son entrée dans le service. Le temps d'action de l'infirmière dépend



de plusieurs facteurs comme : l'entrée dans le service avec l'opération dans les heures qui suivent ou l'entrée dans le service la veille de l'intervention.

Les progrès chirurgicaux, les pressions politiques et économiques, les recommandations de bonnes pratiques (SSAR, 2006 et Site officiel de l'Etat de Fribourg, 2010) font que la préparation du patient ne nécessite plus forcément une entrée anticipée (chirurgie ambulatoire ou traditionnelle). Cet ensemble de paramètres conditionne les soins à buts anxiolytiques dans cette période restreinte.

Cette période fait partie de l'hospitalisation (phase périopératoire).

#### **4 Cadre théorique selon Fornerod**

Afin d'analyser les résultats, le modèle de l'approche interactionniste de Fornerod a été choisi. « L'interactionnisme social est centré sur l'étude des significations subjectives et intersubjectives et sur les processus pratiques de co-construction de significations communes » (Fornerod, 2007, p.1).

En effet, donner de l'information au patient suppose qu'il y ait une interaction entre deux personnes (2 acteurs, ex. infirmière-patient). Ce modèle change d'une approche où les acteurs agissent pour leur propre compte sans réelle volonté d'une co-construction (Fornerod, 2005).

La relation entre les deux personnes est considérée, selon l'interactionnisme « comme une relation de services socialement institué présentant les caractéristiques suivantes : un objet du travail commun<sup>2</sup> (...), l'inégalité des moyens (physiques ou cognitifs), l'existence de moyens complémentaires de part et d'autre » (Fornerod, 2007, p.1). Dans le contexte de l'information donnée en période préopératoire, il s'agit donc de construire cet objet commun en tenant compte des identités de chacun et des moyens que chacun se donne pour le construire. Tenir compte de l'anxiété du patient s'inscrit dans cette vision. « L'infirmière, tout comme le bénéficiaire de soins et l'objet-tiers, est co-actrice et co-productrice des interactions et de la situation. (...) l'infirmière ne se

---

<sup>2</sup> Appelé « objet-tiers » dans le modèle de l'interactionnisme.

trouve plus dans la situation de "faire pour" mais dans celle de "construire avec" (...) » (Fornerod, 2005, p.89).

Chacun des acteurs possède une identité personnelle (corps, affectif, inconscient, spirituel) et sociale (rôles, statuts sociaux), chacun est "expert" dans la situation. Les deux acteurs œuvrent pour construire un objet tiers. Le patient se sent alors acteur dans la situation et ne subit pas seulement ce qui lui arrive.

Cette relation exige une disponibilité de l'infirmière et une mise en œuvre de moyens de la part des deux acteurs pour répondre à une demande sincère du patient (Fornerod, 2007).

Ce modèle tripolaire s'inscrit dans l'approche anthroposystémique. « L'infirmière et le bénéficiaire de soins sont en interaction à propos d'un objet-tiers, le tout étant situé dans un contexte local » (Fornerod, 2005, p.152). En effet, l'infirmière qui donne de l'information au patient va le faire dans un contexte bien précis. Ils sont tous deux dans la période qui précède l'intervention chirurgicale et nombre de facteurs environnementaux vont influencer l'interaction entre ces deux personnes. Ces facteurs peuvent correspondre au lieu de rencontre et à la durée de celle-ci ainsi qu'aux déterminants socioculturels (âge, sexe, langue, culture, ...) Le contexte local est dynamique et peut évoluer dans le temps (Fornerod, *ibid.*).

De plus, la subjectivité qui « se définit comme l'aptitude à percevoir la réalité à partir de sa propre expérience » (Fornerod, 2007, p.1) est une composante de l'anxiété périopératoire. Quant à l'intersubjectivité, qui est « la capacité des acteurs à communiquer entre eux à partir de leur propre définition de la situation et à négocier une définition commune de la situation », n'est pas à sous-estimer (Fornerod, *ibid.*).

En interagissant, les acteurs communiquent de manière verbale ou non-verbale. Comme le dit Fornerod (*ibid.*) : rien n'est donné, tout se construit.

## **5 Méthodologie**

Afin de répondre à la question, il semble important et judicieux d'utiliser comme devis : la revue de littérature. En étant précise et fiable, elle est essentielle pour résumer des éléments de preuve relatifs à l'efficacité et à la sécurité des interventions de soins de santé (Liberati et al, 2009). En effet, la revue de littérature ou l'analyse narrative traditionnelle « synthétise un ensemble de travaux de recherche et les résume sous forme narrative » (Loiselle, 2007, p.150).

Une revue de littérature regroupe un ensemble de recherches sur un même sujet. Cet assortiment rend plus plausible les constats des résultats qu'une seule étude sur le même sujet. Le résultat d'une étude peut être dû au hasard mais, lorsqu'il porte sur plusieurs études, il permet de le corroborer.

Avant d'effectuer une étude pour répondre à une question, une étape importante est l'établissement d'une revue de littérature. Elle montre ce qui a été fait et permet d'appliquer les résultats à la pratique.

### **5.1 Sélection des articles**

La recherche d'articles a été effectuée dans la banque de données Medline (PubMed) grâce à plusieurs mots-clés (Mesh-term) ou non mots-clés.

Les articles, découlant des stratégies décrites dans le chapitre suivant, ont été sélectionnés, ou non, à l'aide de critères d'inclusion ou d'exclusion. Ces critères ont évolué au cours des recherches pour pouvoir inclure des articles supplémentaires. Cela concerne deux articles pouvant être transposables au contexte de la chirurgie. En effet, ces deux articles parlent de procédures invasives potentiellement douloureuses, comme pour le cas d'une intervention chirurgicale. Ces critères sont les suivants :

#### **5.1.1 Critères d'inclusion**

- Chirurgie électorive et procédures douloureuses
- Ambulatoire ou chirurgie avec hospitalisation (la phase préopératoire étant de même durée en chirurgie électorive ambulatoire qu'en chirurgie avec hospitalisation car le patient est hospitalisé le jour même de l'intervention)

- Anesthésies générales ou locorégionales
- Publication des articles dans les 10 années précédentes (car chirurgie moderne)
- Adultes âgés de 19 ans et plus.
- Information donnée en période préopératoire
- Evaluation de l'anxiété état en périopératoire
- Recherche empirique

#### 5.1.2 Critères d'exclusion

- Articles pédiatriques
- Chirurgie dentaire chez un dentiste privé
- Articles parlant du stress en préopératoire
- Unités de soins intensifs

#### 5.1.3 Stratégies de recherches

##### **Stratégie**

((("Preoperative Care"[Mesh])) AND ("Anxiety"[Mesh])) AND (information)

Limites : Humans, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years

Résultats : 32 recherches dont les suivantes ont été retenues

- Leandro Yoshinobu Kiyohara, Lilian Kakumu Kayano, Lorena Marçalo Oliveira, Marina Uemori Yamamoto, Marco Makoto Inagaki, Nilson Yuji Ogawa, Polo Eduardo San Martin Gonzales, Rosana Mandelbaum, Sílvia Tanaka Okubo, Thaís Watanuki & Joaquim Edson Vieira (2004)
- Lina Maward & Nazed Azard (2004)
- Bodil Ivarsson, Sylvia Larsson, Carsten Lührs & Trygve Sjöberg (2005)
- Mats Sjöling, Gunnar Nordahl, Niclas Olofsson & Kenneth Asplund (2002)
- Xavier Ayral, Claudine Gicquere, Annie Duhalde, Denis Boucheny & Maxime Dougados (2002)
- Tore Sørli, Rolf Busund, Joe Sexton, Hal Sexton & Dag Sørli (2006)
- Keith Hering, Jeffery Harvan, Matthew D'Angelo & Donna Jasinski (2005)

2 articles inclus après l'évolution des critères d'inclusion avec cette même stratégie:

- Christian Felley, Thomas V Perneger, Isabelle Goulet, Catherine Rouillard, Nadereh Azar-Pey, Gian Dorta, Antoine Hadengue & Jean-Louis Frossard (2008)
- Florence J. van Zuuren, Mieke Grypdonck, Eveline Crevits, Cressy Vande Walle & Tom Defloor (2006)

### **Stratégie**

((("Preoperative Care"[Mesh])) AND ("Anxiety"[Mesh])) AND (information provision)

Limites : Humans, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years

Résultats: 3 recherches, dont la suivante à été retenue

- H. A. Jlala, J. L. French, G. L. Foxall, J. G. Hardman & N. M. Bedfordth (2010)

### **Stratégie**

((("Anxiety"[Mesh])) AND (preoperative preparation)) AND ("Adult"[Mesh]))

Résultats: 41 recherches, dont la suivante a été retenue

- Stephan Doering, Florian Katzlerberger, Gerhard Rumpold, Silivia Roessler, Beatrix Hofstoetter, Dieter S. Schatz, Hannes Behenski, Martin Krismer, Gabrielle Luz, Petra Innerhofer, Herbert Benzer, Alois Saria & Gerhard Schuessler (2000)

Les stratégies présentées ci-dessous sont celles qui n'ont pas permis de trouver des articles utilisables et/ou qui n'ont pas donné de résultats satisfaisants ou qui ont permis de trouver certaines recherches identiques qu'avec celles citées au préalable.

### **Stratégie**

((("Preoperative Care/nursing"[Mesh])) AND ("Anxiety"[Mesh])) AND (information)

Résultats : 10 recherches

### **Stratégie**

((("Preoperative Care/nursing"[Mesh])) AND ("Anxiety"[Mesh])) AND (information)

Limites: Humans, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years

Résultats : 2 recherches

### **Stratégie**

((("Preoperative Care"[Mesh])) AND ("Anxiety"[Mesh])) AND (information)

Résultats : 106 recherches

### **Stratégie**

"Anxiety"[Mesh] AND "Preoperative Care"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]

Limites : Humans, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years

Résultats : 17 recherches

### **Stratégie**

"Surgical Procedures, Elective"[Mesh] or "Surgical Procedures, Operative"[Mesh] AND Anxiety [Mesh] AND information

Limites : Humans, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years

Résultats : 162 recherches

### **Stratégie**

"Surgical Procedures, Elective"[Mesh] or "Surgical Procedures, Operative"[Mesh] AND Anxiety[Mesh] AND information AND Nursing [Mesh]

Limites : Humans, All Adult: 19+ years, published in the last 10 years

Résultats : 12 recherches

#### 5.1.4 Analyse critique

Pour être retenu, les articles ont été étudiés à l'aide d'une grille d'analyse critique<sup>3</sup> comportant plusieurs points destinés à évaluer la qualité d'un article. Ces points questionnent sur la problématique, la question, l'adéquation de la méthode, la clarté des résultats et leurs interprétations (Loiselle, 2007).

Un total de onze articles est alors retenu.

## 6 Résultats

Les résultats se basent sur onze études. Neuf d'entre elles s'apparentent à de multiples contextes chirurgicaux. Les deux autres portent sur un examen invasif, potentiellement douloureux, identique à une opération.

Neuf études ont été conduites avec un devis expérimental, une étude était descriptive corrélationnelle et une étude était quasi-expérimentale. Les échantillons oscillaient entre 60 à 577 personnes âgées de 19 ans à > 50 ans qui ont répondu à différents questionnaires en étant libres de participer aux études. Un tableau<sup>4</sup> mis en annexe permet d'appréhender les différents contextes chirurgicaux et la population (nombre et âge moyen) des études.

Les résultats récoltés et découlant des recherches permettent d'établir différentes catégories. En général, elles peuvent englober diverses propriétés, par exemple, la quantité, la qualité, le temps, le lieu.

Pour cette revue, la catégorisation s'appuie sur une modalité de combinaisons basée sur l'information transmise au patient par le biais de supports différents, comme l'information écrite, orale ou visuelle.

---

<sup>3</sup> Cf annexe B

<sup>4</sup> Cf annexe C

Afin de répondre à la question de la revue, les résultats des études découlent de l'assemblage de différentes combinaisons. Dix articles ont permis cette catégorisation :

- Informations écrites et orales,
- Informations audio-visuelles et orales,
- Informations audio-visuelles et présence,
- Informations visuelles écrites et orales,

Selon la combinaison utilisée, l'anxiété en a été modifiée.

Un autre article présente des résultats différents car il est descriptif. Il expose le résultat de l'évaluation de l'anxiété en fonction des informations déjà possédées par les patients.

- Informations indépendantes d'une intervention expérimentée

## **6.1 Informations écrites et orales**

Cinq études ont évalué l'anxiété avec la combinaison de deux moyens de transmissions d'informations : l'information écrite et l'information orale.

Si cette combinaison peut être généralisée en « écrite » et « orale », des divergences apparaissent au cœur même de cette combinaison.

Dans l'étude Libanaise de Maward et Azard (2010), l'anxiété préopératoire des patients diminue significativement, selon les statistiques. L'information donnée aux patients en période préopératoire est dite « structurée ». Elle est dense, personnalisée et exhaustive. Elle se compose de deux éléments se complétant : un livret de renseignement et un entretien personnalisé.

Le livret d'information est composé des mesures que le patient doit respecter avant une intervention chirurgicale programmée, des renseignements relatifs à la phase préparatoire et propres à l'acte chirurgical ainsi que son environnement (et l'environnement dans lequel il va se dérouler), des conseils et mesures postopératoires à suivre et à respecter après la sortie de l'hôpital.



L'entretien préopératoire, effectué par l'infirmière du bloc, est composé d'une approche mixte (tendance psychologique et tendance pédagogique). « Cette approche consiste d'une part, à laisser le patient exprimer ses craintes, ses angoisses et ses préjugés face à l'intervention chirurgicale, et de l'autre, à lui fournir un enseignement systématique » (Maward & Azard, 2010, p.45).

Dans cette étude, les auteurs constatent un soulagement manifeste des patients après qu'ils aient obtenu le livret, après avoir fait connaissance avec l'infirmière du bloc et après avoir reçu des informations personnalisées sur : « la programmation et le déroulement de l'acte chirurgical, le type d'anesthésie, le personnel du bloc, les modes de transfert, l'architecture des locaux, les appareils, ainsi que les conseils pratiques et les réponses apportées aux questions particulières qui préoccupent chacun d'eux » (Maward & Azard, *ibid.*, p.45).

Les auteurs ne font pas mention de ce que le groupe contrôle<sup>5</sup> a ou n'a pas reçu comme information.

Dans l'étude suédoise d'Ivarsson, Larsson, Lührs et Sjöberg (2005), les patients subissaient une chirurgie cardiaque. Ils ont tous reçu une brochure d'informations standard sur la procédure et la préparation au niveau de l'hygiène, sur la préparation et la performance de la chirurgie cardiaque, ainsi que des conseils pratiques. Plus précisément, les informations portaient sur les différentes maladies cardiaques et le descriptif des techniques chirurgicales, sur la médication, sur des changements postopératoires mineurs au niveau de la fréquence du pouls et sur les possibles infections de plaies. Les informations portaient aussi sur les éventuelles réactions psychologiques, comme l'anxiété et la dépression et sur les styles de vie recommandés en postopératoire. De plus, les auteurs ont fourni une autre brochure établie en 2003, au groupe intervention. La brochure contenait des informations détaillées (« extended »)

---

<sup>5</sup> Selon Loisele (2007), le groupe témoin (ou groupe contrôle) est décrit comme étant les « sujets d'une expérimentation qui ne font pas l'objet du traitement expérimental et dont les résultats servent de référence pour mesurer les effets du traitement » (p.185). Le groupe expérimental est décrit comme étant les « sujets d'une étude qui reçoivent le traitement ou font l'objet de l'intervention » (p.185).

sur les complications fréquentes et rares, simples et sévères, organe par organe, y compris des informations sur les situations où la vie est en danger, qui peuvent se produire dans le cadre de la chirurgie cardiaque. Ces informations détaillées se centrent sur les effets liés aux différents systèmes (d'organes) et les complications possibles. La brochure contient des informations sur la possibilité létale de la maladie et de ses complications. Elle contient également des informations sur la possibilité de téléphoner à la clinique pour discuter et poser des questions avec une infirmière ou un chirurgien. De plus, il est mentionné que le patient peut apporter ses questions pour en discuter lors de l'entretien préopératoire avec le chirurgien.

L'évaluation de l'anxiété préopératoire et postopératoire des deux groupes de patients (intervention et contrôle) de cette étude montre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre eux. En effet, une diminution de l'anxiété a été constatée en postopératoire pour tous par rapport aux valeurs préopératoires, sans différences significatives. Les soignants qui ont participé à l'étude pensaient que la brochure d'informations détaillées, sur les risques de complications, serait effrayante pour les patients et que certains d'entre eux annuleraient leur intervention vitale. Cette étude démontre que ces informations détaillées n'ont pas provoqué plus d'anxiété chez les patients qui les avaient reçues.

En Suisse, l'étude de Felley et al., (2008) a été faite dans le contexte d'un examen invasif (endoscopie gastro-intestinale). Les auteurs ont évalué, en période postopératoire, le niveau d'anxiété ressenti par les patients lors de l'examen. Des informations orales ont été données le jour de l'examen à tous les patients de l'étude (groupe intervention et groupe contrôle).

Pour le groupe intervention, des informations écrites ont été envoyées à leur domicile.

Les informations orales de routine contenaient toutes les informations nécessaires pour comprendre les avantages et les risques de l'endoscopie. Elles étaient fournies par le médecin prescripteur avant la procédure et par le

gastro-entérologue à la date prévue. Chaque patient a pu poser des questions et avoir une discussion au sujet de son consentement le jour de la procédure.

Les informations écrites contiennent toutes les informations standard données régulièrement aux patients comme les avantages et risques de la procédure endoscopique, le traitement des complications liées à ce type d'examen et la possibilité de recevoir des médicaments hypnotiques lors de l'endoscopie et les risques liés.

Cette combinaison, brochure et informations orales, n'a pas changé statistiquement le niveau d'anxiété des patients par rapport aux patients qui n'ont reçu que les informations orales.

Toujours dans ce même contexte, cette fois-ci en Belgique, d'autres chercheurs (van Zuuren, Grypdonck, Crevits, Vande Walle & Defloor, 2006) ont envoyé une brochure d'informations à chaque patient du groupe intervention au moins un jour avant l'examen. La brochure fournissait des informations sensorielles (sensations possibles que le patient peut ressentir durant l'examen, pour lui permettre d'avoir une référence sur le moment où il les ressentira) et neutres, des informations sur la procédure pour augmenter la prévisibilité et l'adaptation personnelle à l'examen, des instructions, conseils pour augmenter encore l'adaptation de la personne à l'examen (exemple, ne plus avaler une fois que le scope est introduit dans l'œsophage), des informations pratiques supplémentaires en prévention d'une implication inutile du patient dans une situation inconfortable (ne pas conduire soi-même après l'intervention pour rentrer chez soi si un sédatif a été donné, mais de demander à un proche de le faire) et des informations par rapport au rôle de soutien de l'infirmière en précisant que celle-ci restera présente tout au long de l'examen et qu'il soit certain de pouvoir compter sur son soutien. Un résumé de ces informations se trouve à la fin de la brochure. Le jour de l'examen, une infirmière a fourni des informations orales standard à tous les patients de l'étude (groupe intervention et groupe contrôle).

L'anxiété des patients a été évaluée en préopératoire et en postopératoire pour l'anxiété ressentie durant l'examen (anxiété peropératoire). L'anxiété

préopératoire a été, de manière statistique, significativement plus basse pour les patients (groupe intervention) ayant reçu cette combinaison, en comparaison avec les patients n'ayant reçu que les informations orales standard (groupe contrôle). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'anxiété en peropératoire.

En Suède, Sjöling, Nordahl, Olofsson et Asplund (2003), ont procédé de la manière suivante : ils ont informé tous les patients de l'étude au moyen d'une brochure standard et d'informations orales de routine. En plus, le groupe intervention a bénéficié d'une brochure spécifique au sujet de la douleur et d'un entretien personnalisé.

Les informations de routine concernaient la procédure, par exemple, ce qui se passe avant la chirurgie, les échantillons de sang, l'électrocardiogramme et sur les professionnels qu'ils rencontreront durant la journée (infirmières, anesthésiste, kinésithérapeute, etc). L'échelle visuelle analogique (EVA) leur a été présentée. Ils ont appris à indiquer leur niveau d'expérience de la douleur.

Améliorer les connaissances dans les domaines importants pour le propre bien-être, intensifie le propre rôle des patients dans la gestion de sa douleur. Ils ont été fortement encouragés à être actifs dans leur propre traitement, c'est-à-dire d'informer le personnel à un stade précoce, afin de recevoir un traitement et d'éviter les pics de douleur. D'autres notions incluses dans les informations spécifiques ont été associées aux avantages d'une douleur postopératoire bien traitée (plus courte période d'hospitalisation et de meilleurs résultats à long terme de la chirurgie). Les auteurs de cette étude ont informé les patients que la physiothérapie est capitale pour leur récupération. Ils ont aussi été informés qu'il est plus facile de prévenir la douleur que de la traiter. Ils ont également été encouragés à poser des questions sur la gestion de la douleur et sur le séjour à l'hôpital.

Grâce à ces informations les patients du groupe intervention ont eu des niveaux, de manière statistique, significativement plus faible d'anxiété état en préopératoire.

## **6.2 Informations audio-visuelles et orales**

Trois articles entrent dans cette combinaison, à savoir, une vidéo doublée d'informations orales.

En France, Ayrat, Gicquere, Duhalde, Boucheny et Dougados (2002), ont étudié l'anxiété préopératoire des patients subissant une intervention orthopédique sous anesthésie locorégionale. Le rhumatologue, spécifique à chaque patient de l'étude, a informé oralement sur le lavage articulaire. Pour le groupe intervention, un film vidéo a été montré en plus, le jour de l'opération. Il a duré 4 minutes et 20 secondes. Un langage non médical a été utilisé pour expliquer brièvement les structures normales et arthrosiques de l'articulation du genou, les indications du lavage articulaire, ses modes d'action et son efficacité. La procédure du lavage articulaire a été montrée en détail. La préparation du patient a été filmée, incluant le port du masque et du bonnet et le rasage du genou. Les conditions aseptiques ont été présentées minutieusement (pansement, désinfection, drap stérile). Les procédures intra-articulaire ont été présentées (arthrocentèse, évacuation de l'épanchement articulaire). Pour pallier à la douleur, une anesthésie locale a été montrée permettant l'introduction de deux canules pour l'intervention. La fermeture de la plaie avec de la colle et un pansement stérile complète la vidéo. Enfin, les soins postopératoires ont été illustrés (repos au lit pendant 2 heures, autorisation de marcher, durée d'hospitalisation).

Le groupe intervention qui avait visionné cette vidéo était, de manière statistique, significativement moins anxieux en période préopératoire que les patients de l'autre groupe (contrôle) qui n'avaient pas vu la vidéo.

L'étude de Jjala, French, Foxall, Hardman et Bedford (2010), s'est déroulée au Royaume Uni. Deux semaines avant l'intervention chirurgicale, tous les patients (groupe intervention et groupe contrôle) ont eu un entretien de routine avec l'infirmière de l'admission et le chirurgien. Le contenu de ce qui a été transmis n'est pas décrit. Durant ce même temps, certains patients (groupe intervention) ont visionné un des deux films proposés. Ils ont observé le film qui correspondait au type d'anesthésie qu'ils allaient subir. Un des deux films

proposés concernait l'anesthésie par bloc nerveux périphérique du plexus brachial. Il a duré neuf minutes et mettait en scène un homme de 55 ans subissant une chirurgie de la main. Le film commence par une consultation préopératoire avec l'anesthésiste (consultation réelle). La discussion comprenait : une description du processus de l'anesthésie et des risques encourus, en particulier le risque de lésion du nerf et l'échec du bloc (5%) pouvant nécessiter une conversion à l'anesthésie générale. La discussion a également inclus des conseils postopératoires (la diminution du bloc et les besoins analgésiques). La scène suivante montre le patient entrant dans la salle d'anesthésie et toute la procédure du bloc du plexus brachial. Le patient est alors placé dans la salle d'opération et parle avec l'anesthésiste tandis que les chirurgiens effectuent la procédure. La dernière scène montre le patient transféré en salle de réveil.

Le second film à disposition durait 7 minutes et filmait une femme de 77 ans subissant une arthroplastie du genou gauche sous rachianesthésie. Le film commence par une consultation préopératoire. La discussion a porté sur une description de la rachianesthésie et les risques encourus, en particulier le risque de lésion du nerf, l'échec du bloc (5%) pouvant nécessiter une conversion à l'anesthésie générale, des maux de tête (1%), des démangeaisons et nausées (très rare), la rétention urinaire (très rare), et la nécessité d'avoir une sonde urinaire. La discussion a également inclus des conseils postopératoires (diminution du bloc et les besoins analgésiques). La scène suivante montre l'emplacement de l'anesthésie. La dernière scène montre la patiente transférée en salle de réveil et ingurgitant une boisson.

Le jour de l'opération, tous les sujets de l'étude (groupe intervention et groupe contrôle), ont eu une consultation de routine avec l'anesthésiste. Durant cet entretien, aucune information n'a précisé les procédures d'anesthésie ni les risques de complications (paraplégie, mort, ...).

Les évaluations du niveau d'anxiété préopératoire montrent que le groupe contrôle, qui n'a pas eu l'occasion de visionner un des films, a connu une augmentation statistiquement significative du score d'anxiété état juste avant la chirurgie, alors que le groupe intervention, qui a pu visionner un des films, a

montré une augmentation non significative de l'anxiété. Ils ont été, de façon statistique, significativement moins anxieux avant l'opération.

Après l'intervention chirurgicale, les niveaux d'anxiété de tous les patients de l'étude ont diminué significativement par rapport à leur niveau d'anxiété évalué deux semaines avant l'opération. A nouveau, les patients du groupe intervention ont été, de manière statistique, significativement moins anxieux que ceux du groupe contrôle.

Les auteurs de cette étude ont aussi constaté une corrélation statistiquement significative entre les scores d'anxiété deux semaines avant la chirurgie et immédiatement avant la chirurgie.

Avec leur étude expérimentale norvégienne, Sørli, Busund, Sexton, Sexton et Sørli (2006) ont aussi étudié cette méthode de transmission d'informations, mais avec d'autres particularités. Le groupe contrôle a reçu de l'information usuelle en préopératoire et en postopératoire. L'information leur a été fournie lors de deux séances de 40 minutes. La première s'est déroulée à l'admission et la seconde à la sortie de l'hôpital. En préopératoire, les informations comprenaient des informations sur la procédure ainsi que des informations sensorielles. Elles sont en lien avec le diagnostic et liées aux événements pré- et postopératoire que les patients subiront au cours de leur séjour à l'hôpital. Elles contiennent quelques instructions de comportement à adopter avant l'intervention.

Ces séances d'information ont été menées par plusieurs infirmières. Ces professionnelles n'ont pas insisté quant à l'importance d'établir une relation de confiance, un soutien personnalisé et une information sur les besoins exprimés par chaque patient.

Le groupe intervention, quant à lui, a visionné une vidéo. Les séances d'informations orales étaient différentes que celles reçues par le groupe contrôle. Les informations orales ont été données durant deux séances de 40 minutes. Elles ont été spécialement conçues et centrées sur le patient. Ce sont des infirmières, spécialement formées, qui transmettent l'information. La première séance se déroule à l'admission et la seconde, à la sortie de l'hôpital.

Les séances d'information ont été préparées pour fournir des informations pertinentes et un soutien en conformité au style de communication du patient et à ses besoins.

Quant à la vidéo, elle durait 12 minutes. Les patients l'ont visionnée à la maison avant l'admission à l'hôpital et à nouveau au cours de la première séance d'information à l'admission.

La vidéo montre des acteurs illustrant les événements les plus importants avant et après l'hospitalisation. Elle est présentée comme un dialogue entre un patient récemment sorti de l'hôpital et un ami. La vidéo vise principalement à donner une certaine familiarité avec la situation et à stimuler la curiosité et la recherche d'informations parmi les téléspectateurs.

L'intention de cette combinaison de ces deux moyens de transmission de l'information était de renforcer l'auto-contrôle (« self-regulation ») du patient et sa capacité de coopération avec le professionnel de la santé en fournissant une vision basée sur la réalité de sa condition, son traitement et la prévention.

Pour ceci, des éléments ont été soulignés :

- le développement d'une relation de confiance avec une écoute, une attitude de soutien et de renforcement (« confirming ») dans un endroit tranquille
- l'encouragement envers les patients à exprimer toute inquiétude, sentiment ou aspect, éléments de leur situation qu'ils estiment importants
- la réunion d'une préoccupation avec des émotions difficiles et des situations à problèmes (peur des complications et du décès, perte de contact avec la famille et les amis, des sentiments de désespoir et de dépression, les inquiétudes sur l'avenir par rapport à la capacité physique et au travail.) avec un soutien et un style de fourniture d'informations
- la fourniture d'un soutien et d'informations conformes (congruentes) à l'orientation (focus) du patient



- la motivation des patients à demander des renseignements pendant les contacts avec le personnel chargé du traitement et de partager leurs pensées et leurs sentiments avec leurs familles et amis.

Les patients ont évalué leur anxiété avant l'intervention, à la sortie de l'hôpital, à 2 et 6 semaines, à 6 mois et 1 et 2 ans après leur séjour à l'hôpital.

Les patients du groupe intervention ont estimé avoir moins d'anxiété de manière statistiquement significative à la sortie de l'hôpital, à 2 et 6 semaines postopératoire, à 6 mois postopératoire et à 1 an postopératoire.

### **6.3 Informations audio-visuelle et présence**

L'étude de Doering et al. (2000) a été faite en Autriche. Les auteurs ont évalué l'anxiété des patients en préopératoire, peropératoire et en postopératoire à l'aide de différents moyens (questionnaires, valeurs hémodynamiques et tests urinaires). Le groupe intervention a pu visionner une vidéo, alors que le groupe contrôle n'y a pas eu accès. Les auteurs ne mentionnent pas si de l'information orale ou écrite a été donnée aux deux groupes. Par contre, ils expliquent que tous les patients de l'étude ont reçu la visite d'un psychologue ou d'un médecin du service de psychologie et de psychothérapie l'après-midi de la journée préopératoire. Les auteurs ne mentionnent pas ce qui a été dit ou fait durant cette visite. Le soir de cette même journée, les patients du groupe intervention ont visionné une vidéo en présence d'un chercheur.

La vidéo a duré douze minutes. Elle représentait l'hospitalisation d'un homme de 55 ans depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Les séquences se déroulaient selon le point de vue du patient.

Des parties du film sont les dialogues originaux et d'autres parties sont relatées par un narrateur qui donne des informations procédurales et rapporte des pensées et sentiments du patient. Le film commence par une scène montrant l'entrée du patient à l'hôpital et ensuite dans sa chambre. La scène suivante dévoile le patient dans son lit le soir précédant l'opération. Il parle avec une infirmière. Le matin de l'opération, le patient reçoit la prémédication, et le narrateur explique le but du médicament et du cathéter urétral. Le patient est

amené en salle d'opération et installé sur la table. Les procédures de préparation sont présentées et décrites (positionnement du matériel de surveillance, administration de la perfusion intraveineuse, administration de la rachianesthésie, désinfection et drap sur le patient). Sa tête est tournée vers l'anesthésiste à ses côtés. Il écoute une cassette audio choisie au préalable, à l'aide d'écouteurs ; les bruits de l'opération peuvent se faire entendre et sont expliqués par le narrateur. Après l'opération, le patient reçoit une transfusion de sang autologue (sang prélevé en préopératoire). Puis, il est consulté par l'anesthésiste et le chirurgien orthopédiste. Les scènes suivantes montrent le patient lors de son premier lever. Il reçoit l'aide d'un physiothérapeute et peut monter les escaliers pour la première fois. La dernière séquence montre sa sortie de l'hôpital. Le patient est représenté avec sa femme et son fils. Il dit au revoir aux infirmières et quitte l'hôpital.

Les résultats des questionnaires montrent que le matin du jour de l'opération, le groupe intervention (qui avait visionné la vidéo la veille au soir) avait des niveaux significativement plus bas d'anxiété état que le groupe contrôle. En postopératoire, les niveaux moyens d'anxiété état ont diminué dans les deux groupes mais le groupe intervention avait tout de même des niveaux d'anxiété significativement inférieurs les deux premiers jours postopératoires. Les résultats physiologiques montrent aussi des différences significatives. En peropératoire, les patients du groupe intervention ont eu significativement moins d'augmentation de la pression artérielle systolique (plus de 15%) que le groupe contrôle. Les chercheurs ont également calculé le taux de cortisol dans l'urine de tous les patients de l'étude. Le groupe intervention avait une excrétion significativement plus faible de cortisol en préopératoire et durant les deux premières nuits postopératoires.

#### **6.4 Informations visuelles écrites (site Web) et informations orales**

Un article permet cette combinaison en lien avec un site Web. Ce nouveau support d'informations est utilisé pour gérer le niveau d'anxiété préopératoire des patients.

Dans leur étude Américaine, Hering, Harvan, D'Angelo et Jasinski (2005) ont proposé à tous les patients des informations orales, jugées essentielles, sur l'anesthésie (description standardisée du centre de chirurgie, description basique des différentes options d'anesthésie, enjeux pré- et postopératoires attendus). En plus de ces informations, le groupe intervention a pu visionner un site Web, dans le but de renforcer les informations orales données au préalable. Le site contenait des images illustrant les informations écrites (par exemple : photos de l'entrée de l'hôpital, de la salle de réveil). L'anxiété préopératoire des patients, qui ont consulté le site, n'a pas changé par rapport aux patients qui n'avaient reçu que les informations orales. Leur niveau d'anxiété était comparable.

### **6.5 Informations indépendantes d'une intervention expérimentée**

L'article brésilien de Kiyohara et al. (2004), n'entre pas dans les différentes combinaisons utilisées. Il se différencie au niveau du devis. En effet, il n'est pas expérimental mais descriptif. Les chercheurs n'ont donné aucune information. Par contre, ils ont vérifié les informations connues des patients par rapport à leur future intervention chirurgicale. Aucun renseignement n'est donné quant aux supports utilisés par les patients pour obtenir cette information.

Les auteurs comparent le niveau d'anxiété chez les patients par rapport aux informations connues sur le diagnostic, la procédure de l'intervention chirurgicale et l'anesthésie.

Les résultats de cette étude montrent que la majorité des patients avaient une bonne connaissance de leur diagnostic. Les trois quart des patients de l'étude (qui en comptait 120) décrivaient correctement la procédure de l'intervention chirurgicale. Moins de la moitié des patients avaient des connaissances à propos de la procédure de l'anesthésie. L'information sur le diagnostic ou sur l'anesthésie n'a pas d'influence sur l'anxiété état. Cependant, les patients qui ne connaissaient pas la procédure de l'intervention chirurgicale avaient des niveaux d'anxiété significativement élevés.

D'une manière générale, l'information sur la chirurgie réduit les niveaux d'anxiété état. Les niveaux d'anxiété état observés chez les patients avec des

informations sur leur intervention chirurgicale ne dépendaient pas de leur information sur le diagnostic (diagnostic connu ou non).

## **7 Discussion**

Ce chapitre va mettre en lumière les principaux résultats significatifs ainsi que les limites des articles de cette revue de littérature. La qualité des études utilisées sera analysée. Une chronologie de l'évaluation de l'anxiété périopératoire sera proposée. Des éléments de réponses résoudront des aspects de la question. Un autre point traitera des recommandations pour la pratique, comme le droit à l'information, comment et quels types d'informations donner. Des recommandations pour de futures recherches seront évoquées. Les limites du travail seront décrites.

### **7.1 Principaux résultats et limites des études**

Des divergences découlent des cinq combinaisons exposées dans les résultats, comme par exemple l'enjeu qu'elles ont sur l'anxiété des patients.

Concernant la combinaison « informations écrites et orales », il est à noter que dans l'ensemble des études, les patients ayant reçu une ou deux brochures accompagnées d'informations orales ont été moins anxieux.

Dans l'étude d'Ivarsson et al. (2005), la brochure explicitant les risques de complications était redoutée du personnel soignant. Ils pensaient que les patients, effrayés par cette lecture, annuleraient leur intervention. Il a été constaté que les patients n'étaient pas plus anxieux en préopératoire ni en postopératoire après cette lecture. Les chirurgiens ont rencontrés des patients mieux préparés et les entretiens étaient plus constructifs. Avec l'échelle utilisée pour évaluer l'anxiété (Hospital Anxiety and Depression Scale), un score de 8 est recommandé comme limite pour identifier les cas d'anxiété qui pourraient être cliniquement importants. Malgré les résultats de l'étude, les auteurs constatent qu'en phase préopératoire, le 30% des patients des deux groupes notait un score de 8 ou plus. En postopératoire, soit huit semaines après l'intervention, une vingtaine de patients du groupe contrôle (sur 136 personnes) et une trentaine de patients du groupe intervention (sur 161 personnes)

inscrivait encore ce score. Les auteurs de cette étude admettent deux limites. Le premier constat note que les patients de cette étude n'étaient pas randomisés. La raison en est qu'il aurait été difficile de mélanger les patients des groupes contrôle et intervention dans le même endroit au même moment. En effet, les patients pouvaient discuter de l'information qui leur avait été donnée. La seconde limite concerne la brochure qui n'était pas adaptée aux personnes souffrant, par exemple, de dyslexie ou de handicap visuel.

La brochure spécifique sur la gestion de la douleur de Sjöling et al. (2003), n'a également pas fait augmenter l'anxiété des patients. Le niveau d'anxiété préopératoire était même significativement plus bas pour les patients l'ayant lue que pour les patients n'ayant reçu qu'une brochure contenant des informations standard. Cependant, cette étude contient quelques limites. Tout d'abord, l'échantillon était relativement petit (60 personnes). L'évaluation de l'anxiété des patients faisait partie d'un objectif secondaire de l'étude et aucune mention n'a été faite sur la nature de l'échelle utilisée pour cette évaluation. Les auteurs écrivent aussi que les informations données aux patients pour cette étude étaient conçues selon le point de vue de ce que le personnel soignant pense important à faire connaître au patient. Cela soulève la question de ce que les patients désirent savoir et s'ils ont une place pour suggérer comment le personnel soignant pourrait améliorer le processus d'information.

L'étude de Felley et al. (2008), combinant brochure et informations orales de routine, n'a pas eu grand succès pour diminuer davantage l'anxiété des patients pendant un examen invasif par rapport aux informations orales seules. De plus, les auteurs n'ont pas nommé qu'elle était l'échelle utilisée pour évaluer l'anxiété des patients. Ils expliquent que les patients ont évalué leur anxiété entre « none »/aucune, « very slight »/très légère, « slight »/légère, « moderate »/modérée et « strong »/forte. D'autres limites ont été évoquées par les auteurs par rapport au taux important d'abandon des patients inscrits (46%). Deux explications possibles : la première souligne l'inquiétude vécue par certains patients face à l'information écrite. L'appréhension a été suffisamment forte pour les conduire à annuler une intervention bénéfique. La seconde est que les annulations reflètent réellement des prises de décision éclairée; certains patients, lorsqu'ils ont reçus des informations pertinentes, ont décidé

que les risques ne valaient pas les bénéfices escomptés. Une autre limite est en lien avec le contenu de l'information orale transmise, soit par le médecin prescripteur et / ou par le gastro-entérologue, qui a pu varier dans une certaine mesure, bien que le contenu général devrait être le même.

Dans le même contexte, van Zuuren et al. (2006) ont testé une brochure en plus de l'information orale de routine. Ils constatent également que l'anxiété peropératoire n'a pas diminuée. Cependant, l'anxiété préopératoire a diminué. Le contenu de la brochure était apparemment différent dans les deux études (Felley & al, 2008 et van Zuuren & al, *ibid.*) et l'évaluation de l'anxiété n'était pas faite de la même manière. Van Zuuren et al. (*ibid.*), mettent en doute la validité de l'EVA concernant la mesure qui a été prise après l'endoscopie au sujet de l'anxiété ressentie pendant l'intervention (peropératoire). Les niveaux d'anxiété pour cette EVA sont beaucoup plus faibles que les valeurs mesurées avant l'intervention. Cela peut s'expliquer car un soulagement est ressenti une fois l'examen terminé. Ceci aboutit à une sous-estimation de l'anxiété vécue lors de la procédure.

En comparaison avec l'étude de Maward et Azard (2010), des informations écrites sous forme de brochure et celles orales ont été transmises sous forme d'entretien personnalisé. L'anxiété préopératoire a significativement diminué. Toutefois, les auteurs ne font pas mention de notion d'éthique.

Concernant la combinaison « informations audio-visuelles et orales », elle permet une diminution de l'anxiété des patients plus efficace (autant en période préopératoire, peropératoire, postopératoire), que chez les patients n'ayant pas eu de support audio-visuel.

Dans l'étude de Sørli et al. (2006), la combinaison d'une vidéo et d'un entretien spécialement centré sur le patient a même permis une diminution de l'anxiété postopératoire se vérifiant jusqu'à un an après l'intervention. Le groupe contrôle n'a pas eu accès à la vidéo et a reçu uniquement des informations usuelles (standard). La vidéo tentait de familiariser la situation, de stimuler la curiosité et la recherche d'informations. L'entretien était centré sur le patient et ses besoins. Une relation de confiance a été développée avec

écoute, soutien, encouragement à l'expression des inquiétudes et sentiments, conformément au style de communication du patient, motivant la demande de renseignements et le partage de leurs pensées avec leurs proches. Dans cette étude, le constat que l'on peut établir concerne une diminution de l'anxiété avec une vidéo doublée d'un entretien centré sur le patient. Sørli et al. (2006) exposent certaines limites à leur étude. Comparativement aux patients ordinaires ayant un pontage coronarien, l'échantillon de l'étude était plus jeune et en meilleure santé. On pourrait penser que les personnes âgées et très malades physiquement ou ceux qui n'ont pas accepté de participer pour des raisons psychologiques, pourraient être moins susceptibles de répondre positivement à la vidéo combinée d'un entretien centré sur le patient. Les auteurs sont bien conscients qu'un nombre croissant de patients pour un pontage coronarien sont traités pendant un syndrome coronarien aigu ou immédiatement après celui-ci. Cependant, seulement des cas non urgents (électifs) pourraient être utilisés pour démontrer un quelconque effet de cette même combinaison d'informations préopératoires.

Dans les deux autres études de cette combinaison « informations audiovisuelles et orales » (Jlala & al., 2010 et Ayral & al., 2002), des informations standardisées ont été transmises oralement et des vidéos ont été visionnées en plus par le groupe intervention. Il semble que cette combinaison agit sur la diminution de l'anxiété préopératoire et postopératoire chez le patient.

Dans l'étude d'Ayral et al. (ibid.), il n'est pas fait mention de notion d'éthique.

Jlala et al. (2010) exposent également quelques limites de leur étude. Le film pré-anesthésique a été montré aux participants deux semaines avant le jour de la chirurgie. Les auteurs ne peuvent pas contrôler l'information reçue par les patients dans l'intervalle précédant la chirurgie, ce qui pourrait avoir affecté les résultats. Les patients subissant une chirurgie des membres supérieurs ou inférieurs peuvent fournir des réponses différentes concernant l'anxiété. Les auteurs ont choisi de fusionner ces deux groupes afin de fournir un échantillon de patients subissant une anesthésie locorégionale, plutôt que sur un type spécifique de chirurgie. En dépit de ces différences possibles entre les groupes, les auteurs pensent que les résultats sont plus applicables à une population

générale de patients subissant des interventions sous anesthésie locorégionale. La vidéo portait sur l'anesthésie qui est justement une des causes de l'anxiété. Les auteurs n'ont pas exploré l'effet des autres sources potentielles d'anxiété, telles que les techniques chirurgicales, le succès de l'opération, la crainte de complications prévues, ou la quantité d'information fournie aux patients. Vingt-deux patients qui étaient admissibles à l'étude ont refusé de participer; ces patients peuvent avoir été les plus anxieux. Donc, la population peut avoir été faussée lors du recrutement.

Pour la combinaison « informations audio-visuelles et présences », Doering et al. (2000) ne mentionnent pas dans leur étude d'autres informations données que celles de la vidéo. Indépendamment de cette donnée, la diminution de l'anxiété pré-, per- et postopératoire a été prouvée. Dans cette étude, la limite se trouvait au niveau des participants de l'étude. En effet, l'échantillon ne peut pas être considéré comme représentatif des patients en chirurgie en général, car il comprend des sujets plus âgés, avec un faible niveau d'éducation, vivant principalement dans les zones rurales.

Concernant la combinaison « informations visuelles écrites (site Web) et informations orales », l'ajout du site ne permet pas une plus grande diminution de l'anxiété, évaluée en pré et postopératoire, par rapport aux patients n'ayant reçu que les informations orales jugées essentielles (Hering & al., 2005). De plus, les auteurs ont opté pour un échantillon relativement petit (64 personnes). Les chercheurs ont noté plusieurs limites à cette étude pilote liées à des facteurs indépendants de leur volonté.

La principale limitation est liée à l'exigence de temps pour participer à l'étude. La procédure de sélection des sujets potentiels et l'administration des tests initiaux demandent environ 18 à 30 minutes de temps au sujet. La variation dans le temps dépend de plusieurs facteurs, notamment l'âge du patient, la vitesse de lecture, et le nombre de questions du sujet à propos de l'étude. L'exigence du délai a eu un impact négatif sur les inscriptions des sujets. Plusieurs candidats, sur les semaines expérimentales du site Web, ont refusé l'inscription à cause de l'engagement au niveau du temps, et par conséquent il en a résulté une disparité dans les inscriptions pour le groupe contrôle et



expérimental (39 et 25 respectivement). Les contraintes de temps, tant pour le patient que pour le fournisseur d'informations, ont été identifiées comme des obstacles potentiels au niveau de l'interaction qui se produit avant l'intervention.

En outre, l'anxiété préopératoire a été identifiée comme un facteur affectant les patients et qui influence l'efficacité de l'acquisition de l'information préopératoire. Les préoccupations des patients, pour leur sécurité et leur santé, liées à la fourniture d'information sur l'anesthésie, ont été identifiées comme facteurs de prédisposition influant la motivation individuelle à acquérir l'information. L'anxiété préopératoire et l'impact perçu sur la qualité des soins anesthésiques peuvent avoir été des facteurs qui ont influencé la décision de participer à l'étude.

De plus, la tranche d'âge des sujets n'est pas représentative de la population. Ces restrictions diminuent la validité et la généralisation de l'étude à des populations plus large.

D'un point de vue général, l'information diminue l'anxiété des patients. Il est à remarquer toutefois, que certaines combinaisons de supports, amplifient positivement la diminution de l'anxiété. Cependant, il est difficile à déterminer le support ayant eu la plus grande efficacité sur la diminution de l'anxiété, car il manque des études utilisant comparativement des combinaisons de supports identiques. Dans le même ordre idée, le moment de la mesure de l'anxiété ainsi que l'échelle utilisée pour cette évaluation devrait être identiques pour obtenir des résultats significativement comparables.

Indépendamment du type de support utilisé, la nature de l'information en elle-même peut avoir des conséquences sur l'anxiété préopératoire des patients. Kiyohara et al. (2004) ont démontré que les patients qui ne connaissaient pas la procédure de l'intervention chirurgicale avaient des niveaux d'anxiété significativement élevés. D'une manière générale, recevoir de l'information sur la procédure chirurgicale réduit les niveaux d'anxiété état, indépendamment de la connaissance du diagnostic. Mais, dans cette étude, Kiyohara et al. (ibid.) admettent une limite importante des résultats. D'autres informations précieuses n'ont pas été abordées comme, la gravité des maladies, le pronostic, la

possibilité de situations dans laquelle la vie est en danger, le type de chirurgie palliative ou curative, les effets négatifs et inattendus de la maladie qui peuvent affecter les niveaux d'anxiété état. Il serait intéressant de procéder à des recherches supplémentaires pour aborder ces importants facteurs.

## **7.2 Qualité des études analysées**

L'analyse critique des études, faite au préalable, montre qu'en général les onze études utilisées pour cette revue de littérature étoffée étaient de qualité. D'un point de vue méthodologique, les études étaient rigoureuses. Sur les onze études, deux études seulement ne font pas mention de notion d'éthique.

L'évaluation de l'anxiété peut se faire de différentes manières. Sur les onze études, six ont utilisées l'échelle de Spielberger (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory<sup>6</sup>). Cette échelle d'auto-évaluation a été validée et est à l'origine écrite en anglais. Elle comporte deux parties, la première permet d'évaluer l'anxiété état et la seconde, l'anxiété trait. Elle a été traduite dans de nombreuses langues dans le but d'être utilisée pour la recherche ainsi que pour la pratique. Par exemple, cela a été fait pour l'étude de van Zuuren et al. (2006), dans laquelle l'échelle a été adaptée en néerlandais. Il est possible que cette adaptation ait également été faite pour d'autres études provenant du Brésil (Kiyohara & al., 2004), Liban (Maward & Azard, 2004) et Autriche (Doering & al., 2000), utilisées dans cette revue de littérature étoffée. Par extension, des comparaisons pourraient être tirées de façon plus pertinente, car l'anxiété a été évaluée avec la même échelle.

Les autres échelles utilisées sont l'échelle visuelle analogique (EVA), pour l'étude d'Ayral et al. (2002), l'échelle de l'anxiété et de la dépression (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour l'étude d'Ivarsson et al. (2005), et l'inventaire d'anxiété de Beck (Beck Anxiety Inventory) pour l'étude de Sørli et al. (2006).

---

<sup>6</sup> Cf annexe D

De surcroît, les études de van Zuuren et al. (2006) et Jlala et al. (2010) combinent l'échelle de Spielberger et l'échelle visuelle analogique. Ces études constatent quelques corrélations positives entre les deux échelles. Cependant, Jlala et al. (2010), ont relaté une supériorité de l'échelle de Spielberger dans la détection de changements plus nuancés au niveau de l'anxiété. En effet, avec l'EVA, il pourrait arriver que les patients évitent d'utiliser les scores extrêmes.

L'étude de Doering et al. (2000), rajoute encore une évaluation de l'anxiété par le biais des mesures physiologiques (hémodynamique et urinaire). Les auteurs expliquent que ces divers moyens d'évaluation, montrant l'efficacité de leur intervention, augmentent la validité de celle-ci.

Les études de Felley et al. (2008) et Sjöling et al. (2003) ne précisent pas les échelles utilisées pour évaluer l'anxiété.

### 7.3 Chronologie de l'évaluation de l'anxiété périopératoire

Un tableau permet de saisir les moments où l'anxiété a été évaluée. Il englobe trois moments : préopératoire, peropératoire et postopératoire.

	Anxiété		
	préopératoire	peropératoire	postopératoire
Ayral et al. (2002)	X		
Doering et al. (2000)	X	X	X
Felley et al. (2008)		X	
Hering et al. (2005)	X		X
Ivarsson et al. (2005)	X		X
Jlala et al. (2010)	X		X
Kiyohara et al. (2004)	X		
Maward et Azard (2010)	X		
Sjöling et al. (2003)	X		
Sørli et al. (2006)	X		X
Van Zuuren et al. (2006)	X	X	

## **7.4 Réponse à la question**

Les résultats des études, ainsi que les observations affinées lors de la discussion, permettent partiellement de répondre à la question qui est : « Dans le contexte d'une intervention chirurgicale programmée, de quelle manière l'information préopératoire est-elle un enjeu sur l'anxiété ? ».

Les constations des études mettent en évidence des combinaisons de supports d'informations. Ils sont à chaque fois utilisés de manières différentes au niveau du contenu et de la particularité à transmettre l'information au patient. Parfois, la combinaison semble avoir été efficace pour diminuer l'anxiété des patients en périopératoire. Cependant, aucun moyen (informations écrites, orales, audio-visuelles et visuelles écrites) ne permet d'affirmer avec certitude que l'anxiété diminue davantage. Toutefois, une tendance émerge, en filigrane, qui est la combinaison d'un support écrit ou visuel mais doublé d'un entretien, permettant la diminution plus marquée de l'anxiété périopératoire des patients.

Malgré tout, tenir compte de l'anxiété périopératoire paraît important pour le confort de la personne placée dans une situation inhabituelle pour autant qu'elle le souhaite.

## **7.5 Recommandations pour la pratique**

Dans ce point, des recommandations sont présentées. Elles se composent du droit à l'information ainsi que le moyen et le type d'informations à transmettre.

### **7.5.1 Droit à l'information**

Dans le chapitre 2.2, traitant de l'information, Sanimedia (2010) souligne les droits du patient comme celui « d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, sur les examens et traitements envisageables, sur les conséquences et les risques éventuels qu'ils impliquent, sur le pronostic et sur les aspects financiers du traitement » (p.4). Dans la plupart des pays, ce droit est reconnu et appliqué. Dans l'étude d'Ivarsson et al. (2005), une limite correspond à la difficulté de généraliser leurs informations écrites à d'autres pays ayant des lois régissant les droits des patients sur l'information. Ces

auteurs soulignent tout de même que le patient est aussi en droit de refuser de recevoir de l'information.

#### 7.5.2 Comment et quels types d'informations transmettre

Recevoir de l'information, peu importe le support, est un droit et semble important pour diminuer l'anxiété.

##### 7.5.2.1 Rétention d'information

Dans l'étude de Felley et al. (2008), les résultats montrent que les patients ayant reçu de l'information écrite via une brochure et de l'information orale, n'étaient pas plus anxieux que les patients n'ayant reçu que de l'information orale. Les auteurs ne soutiennent pas l'attitude de rétention d'informations pour ne pas augmenter l'anxiété du patient.

##### 7.5.2.2 Sources diverses d'informations

Dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, le consensus reste délicat à trouver car l'information arrive de plusieurs sources. L'étude de Kiyohara et al. (2004), fait remarquer qu'il serait naïf de croire que le patient ne reçoit des informations que des services médicaux. Des supports impersonnels (média, Internet, entourage, ...) fonctionnent également comme source d'information.

##### 7.5.2.3 Evaluation de l'anxiété

Il est important d'évaluer l'anxiété car elle peut affecter la compréhension et le rappel des informations chez les patients ainsi que leur capacité de donner leur consentement. Pour cette évaluation, des échelles sont à disposition. L'échelle de Spielberger permet cette évaluation. L'EVA également est de manière plus rapide, mais avec moins de nuances.

##### 7.5.2.4 Informations sur les risques de complications

Ivarsson et al. (2005) constatent, que dans le contexte d'une chirurgie cardiaque, il est possible de donner une information adéquate en ne mentionnant pas les risques liés à l'opération dans le but d'avoir un patient plus calme. Cependant, la nature potentiellement effrayante de l'information sur les

dangers de complications ne l'est apparemment pas puisque les patients y étaient mieux préparés grâce à ces informations. Au contraire, ne pas être informé sur les risques de complications peut générer un choc si des complications surviennent.

#### 7.5.2.5 Brochure ou vidéo d'information

Felley et al. (2008), ont donné une brochure au groupe intervention de leur étude. Ils recommandent de faire attention aux documents écrits (brochures, consentements éclairés) parfois trop complexes. Une attention doit aussi être portée sur le temps donné pour la lecture des documents, parfois offerts juste avant l'intervention ce qui signifie qu'il serait mieux de permettre cette lecture plus tôt (une ou deux semaines avant l'intervention).

Van Zuuren et al. (2006) recommandent qu'une brochure soit adaptée et affinée par chaque hôpital.

Doering et al. (2000) ont utilisé une vidéo faite selon le point de vue du patient. Ces auteurs font l'hypothèse que ce processus d'identification induit potentiellement une plus grande intensité d'anticipation d'adaptation qui pourrait réduire l'anxiété et le stress de la situation réelle de la chirurgie. De plus, ils recommandent que le film soit adapté au type d'anesthésie que le patient va subir.

#### 7.5.2.6 Combinaison de supports d'informations

Les auteurs des articles de cette revue de littérature étoffée, ont, la plupart du temps, testé des combinaisons de support d'information, comme le support écrit et/ou visuel combiné avec un entretien.

Sørli et al. (2006), observent que les effets de l'intervention (vidéo combinée doublée de séances d'informations individualisées à l'admission et à la sortie) sur l'anxiété peuvent être dus à plusieurs variables comme le mode de diffusion de l'information ainsi que l'information elle-même. L'intention était que la vidéo active la curiosité des patients et les pousse à une recherche d'information avant leur admission. Lors de la séance d'information à l'entrée à l'hôpital, l'infirmière pourra répondre à leurs questions et inquiétudes. Les effets de

l'intervention sont probablement liés à l'utilisation combinée de la vidéo et des séances d'information centrées sur le patient.

Ayral et al. (2002) recommandent que la vidéo de l'étude puisse aussi bien fonctionner pour diverses procédures médicales invasives. Elle pourrait devenir un élément important de la préparation préopératoire, tout en établissant les bases d'un entretien personnalisé avec le patient.

Jlala et al. (2010) ont montré un effet positif de leur intervention. Ils pensent que leur intervention (audio + visuelle et entretien avant l'admission) est un outil complémentaire et non un substitut à d'autres méthodes de fourniture d'informations sur l'anesthésie, par exemple : information écrite (dépliant) ou verbale (médecin). Les avantages potentiels de ce type d'intervention est une méthode très efficace d'attribuer de l'information aux patients, en plus de toutes visites faites par un anesthésiste.

L'information audiovisuelle réduit l'anxiété pré- et postopératoire et peut être particulièrement utile à ceux qui ont des difficultés de lecture et de compréhension, ou les deux. Les questions économiques sont une pression continuelle sur les soins. Un film d'information est un moyen efficace et pratique pour informer les patients et réduire leur anxiété.

Hering et al. (2005) recommande l'inclusion de l'adresse du site dans des informations écrites, pour permettre une connexion à domicile et ainsi pour renforcer l'information orale donnée durant la phase préopératoire.

Ivarsson et al. (2005) mentionnent que transmettre simplement de l'information écrite aux patients n'est pas suffisant. Une recommandation consisterait à mettre en place des sites web d'éducation pour le patient. La communication personnalisée pourrait être organisée en fournissant aux patients des mots de passe personnels vers des sites web interactifs, par courrier, téléphone ou courriel. Un programme d'information, des conseils préopératoires et du soutien pourraient également être inclus et dirigés par une infirmière en pré-admission. L'infirmière détecterait et prendrait en charge des problèmes plus spécifiques et, en cas de besoin, dirigerait la personne vers d'autres spécialistes.

Avant l'admission, Maward et Azard (2010) ont fait parvenir une brochure d'informations et ont proposé un entretien composé d'informations personnalisées et de conseils pratiques en réponse à des questions particulières. Les patients ont ressenti un sentiment de sécurité quand ils ont retrouvé l'infirmière du bloc qu'ils connaissaient déjà. Le souci de personnalisation, d'humanisation et d'efficacité sont mis en exergue.

#### 7.5.2.7 Liens avec le cadre théorique de Fornerod

Transmettre de l'information de manière identique à tout le monde ne correspond pas au modèle de l'interactionnisme. Chaque individu a ses propres besoins d'information. Parfois, les besoins sont difficilement exprimables et l'infirmière doit détecter la nécessité d'aide pour la verbalisation des besoins individuels. Si le moyen ne correspond pas au patient, l'objet tiers peut ne pas être construit. Le professionnalisme de l'infirmière basé sur la théorie de l'interactionnisme, sera de répondre à cette demande.

Dans l'équipe pluridisciplinaire, chacun a un rôle particulier à tenir et l'infirmière devient l'intermédiaire culturelle privilégiée ainsi qu'un vecteur important de l'information. Elle établit une relation de confiance avec le patient, l'accompagne, devient un point de repère, et construit ainsi un objet tiers commun avec lui. Dans une situation d'isolement social, l'infirmière pourrait pallier à cette solitude par un soutien créant des conditions favorables. Dans ce contexte elle peut reprendre les informations avec le patient pour répondre à des questions ou à clarifier des incompréhensions. Kiyohara et al. (2004) recommandent que les professionnels de la santé utilisent la bonne forme et la bonne quantité d'informations.

Dans l'étude de Maward et Azard (2010), l'entretien a été effectué par l'infirmière du bloc. Il serait possible que cette prise en soin soit confiée à l'infirmière de l'étage. Il est à relever l'importance de faire connaissance et de donner des repères au patient (ex. repères des visages, infirmière de référence, repères des lieux) dans le but de diminuer l'anxiété du patient.

Les supports utilisés comme les brochures, les vidéos ou les sites Web sont des moyens pratiques et confortables. Cependant, ils ne remplacent pas les



entretiens avec un professionnel de la santé qui co-construit avec le patient. Ces différents moyens composent des outils pouvant être utilisés lors de l'entretien.

Dans l'étude de Sørli et al. (2006), en plus de la vidéo, l'approche centrée sur le patient a été utilisée. Cette approche a probablement aussi contribué à la diminution de l'anxiété. Après avoir établi une relation de confiance infirmière-patient, l'expression (inquiétude, sentiment ou aspect, de leurs situations jugés importants par les patients) a été encouragée. Cette démarche a été faite pour aider les patients à donner du sens à leurs inquiétudes et sentiments ainsi que pour différencier leurs émotions et les réels enjeux de leur situation actuelle et future. Une relation plus confiante a pu représenter un facteur de soutien et réduire les obstacles face à l'expression des inquiétudes et à leurs questions pendant le séjour hospitalier. Un effet possible et positif à long terme (approche centrée sur le patient) sur l'anxiété indique que les patients du groupe intervention manifestent une plus grande capacité à faire face aux défis de leur situation à domicile par rapport aux patients dans le groupe contrôle. L'approche centrée sur le patient pourrait être facilement intégrée dans la pratique de routine sans avoir besoin de ressources supplémentaires. Les séances d'information pour les groupes intervention et contrôle ont eu une durée identique. Elles se difféenciaient quant à la façon dont elles ont été menées. Des recherches antérieures ont montré que des médecins en soins primaires peuvent être plus sensibles aux préoccupations des patients sans pour autant allonger les visites. L'enjeu se situe donc plus au niveau de l'intérêt et sur le comment donner cette information que sur la nécessité d'utiliser des ressources supplémentaires.

## **7.6 Recommandations pour des recherches futures**

D'autres questions issues de ce travail pourraient ajouter d'autres éclairages à la question de cette revue de littérature étoffée. En effet, transmettre de l'information en période préopératoire sous-entend également la quantité d'information à fournir, le moment adéquat pour le faire et le type de personne à qui l'on s'adresse. Le chapitre suivant expose quelques recommandations en vue de recherches futures.

### 7.6.1 Quelle quantité donner

Les auteurs de deux études utilisées pour cette revue de littérature étoffée se sont questionnés au sujet de la quantité d'informations transmises.

Jlala et al (2010), reconnaissent que la réduction de l'anxiété découlerait d'un effet spécifique de la vidéo ou soit en raison de la plus grande quantité d'informations reçues que le groupe témoin qui n'avait pas visionné de vidéo. Il serait pertinent de vérifier si la quantité agit comme un enjeu sur l'anxiété ressentie en périopératoire.

Dans l'étude de Sjöling et al. (2003), les patients du groupe intervention ont reçu une grande quantité d'informations écrites et orales. La quantité d'informations est donc vaste et la personne ne se souvient sans doute que d'une partie de toutes les informations données. Une autre question serait de savoir de quelle quantité les patients se souviennent.

### 7.6.2 Moment de donner de l'information

Dans la problématique de cette revue, il a été expliqué que le temps d'hospitalisation devient de plus en plus restreint, la période préopératoire également (entre l'admission et l'intervention chirurgicale). Selon Kiyohara et al. (2004), cette restriction a des répercussions sur le temps consacré à parler. Les informations ne sont donc pas toutes transmises (ex. toutes les possibilités de traitement) alors que c'est un droit pour le patient.

Un support adéquat, pour transmettre l'information diminuant l'anxiété du patient, suppose qu'il est utilisé à un moment précis. Quelques auteurs des études de cette revue de littérature étoffée ont opté pour une information, peu importe le support, transmise à des temps préopératoires différents allant de deux semaines avant l'intervention chirurgicale à quelques heures avant ce moment particulier. Certains auteurs émettent l'hypothèse que les informations données à l'admission n'est pas le meilleur moment et se questionnent sur le moment idéal. En effet, dans plusieurs études, le moment n'a pas fait objet de recherche et parfois, il a été choisi pour des raisons pratiques (Sjöling & al., 2003).

Maward et Azard (2010), font l'hypothèse que de recevoir une brochure la veille de l'intervention chirurgicale, a permis un meilleur effet sur la diminution de l'anxiété.

Dans leur article, Ivarsson et al. (2005) n'ont pas étudié le meilleur moment pour recevoir les informations. Les patients ont reçu la brochure environ deux semaines avant l'intervention chirurgicale. Felley et al. (2008), ont, quant à eux, envoyé la brochure au moins une semaine avant la date de l'examen et Van Zuuren et al. (2006), ont donné à lire la brochure le jour avant l'examen. Cela a peut être été utile pour les patients (possibilité d'avoir le temps de lire, le temps de téléphoner à l'hôpital pour poser des questions, le temps pour en parler avec les proches, ...). Van Zuuren et al. (ibid.), supposent qu'il est peut être trop tard de recevoir des informations immédiatement avant l'examen dans le but d'avoir un effet rassurant.

### 7.6.3 A quel genre de personnes

La transmission de l'information se fait à des personnes uniques. Mise à part la différenciation de sexes, de multiples paramètres s'ajoutent comme les stratégies de coping et l'anxiété trait par exemple. Certaines études utilisées dans cette revue de littérature n'ont trouvé aucune différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes en lien avec l'anxiété, et parfois oui. Certains auteurs, comme Maward et Azard (2010), recommandent que les recherches futures mettent l'accent sur l'anxiété trait (anxiété de personnalité) dans sa relation avec l'anxiété état (anxiété situationnelle).

Van Zuuren et al. (2006) relatent que leur brochure pourrait être facilement utilisée sans qu'il soit nécessaire de prendre en compte les stratégies de coping des patients. Cependant, Doering et al (2000), confirment l'utilité de l'information (dans leur étude par vidéo) mais selon les stratégies de coping. En effet, une stratégie d'évitement pourrait être une raison pour laquelle 45 patients (31%) ont refusé de prendre part à l'étude. La plupart d'entre eux déclarent qu'ils ne voulaient pas être confrontés avec les détails de l'opération. Ceci correspond à un moyen de faire face à la situation. La préparation préopératoire, au moyen d'une bande vidéo informative peut être inadaptée.

Sous une forme différente, cette préparation utilisant des techniques de distraction, comme les procédures de relaxation, pourraient leur être plus utile. On peut supposer que les différents styles d'adaptation demandent des procédures différentes lors de la préparation préopératoire.

#### **7.6.4 Autres moyens pour diminuer l'anxiété**

Il serait judicieux de comparer la transmission d'information, pour diminuer l'anxiété, avec d'autres méthodes potentiellement anxiolytiques (comparaison patients informés et patients sous hypnose, avec relaxation, avec médication, par exemple).

### **7.7 Limites de la revue de littérature étoffée**

Des limites apparaissent dans ce travail. En effet, cette réalisation s'est centrée sur l'anxiété. D'autres aspects auraient pu questionner comme le niveau de satisfaction, de dépression, de souffrance morale des personnes soignées par rapport aux informations reçues. Il n'a pas été traité de l'enseignement donné au patient comprenant en outre des informations. Dans cette revue, les auteurs ne clarifient pas la nature des informations dites « standard » et/ou de « routine ». Il manque des études comparables portant sur le même support (qu'un seul article sur le site Web).

### **7.8 Annotation de l'auteur**

Durant l'élaboration de cette revue, le sujet n'a pas été facile à aborder. L'anxiété est une notion malaisée à capter, car différente pour chacun. Tout d'abord, la difficulté a été de trouver des articles pertinents. Ensuite, la traduction a mobilisé un temps considérable pour saisir les données le plus fidèlement possible. La mise en forme des résultats a été laborieuse. Ils ont permis une prise de conscience. Si la recherche scientifique amène des réponses, il faut les nuancer.

## **8 Conclusion**

Cette revue de littérature étoffée a permis d'exposer une problématique rencontrée en service de chirurgie. Des études antérieures ont démontré que

les personnes peuvent ressentir de l'anxiété en période périopératoire et que l'information peut la diminuer. Le moyen de fournir cette information n'était pas explicite. Les supports permettant la transmission de cette information sont divers. Cette revue a permis la récolte de données sur ces supports et permet également la constatation d'un enjeu sur l'anxiété. La combinaison d'un support écrit ou visuel mais doublé d'un entretien, permet la diminution plus marquée de l'anxiété périopératoire des patients. Le cadre théorique de Fornerod soutient et renforce le rôle infirmier dans la co-construction afin d'accompagner la personne, dans son unicité, durant cette période cruciale.

Le rôle infirmier en est valorisé et il apparaît que la pratique devrait être adaptée à la chirurgie moderne car le temps, entre l'admission et l'intervention, est de plus en plus restreint. En effet, la prise en soin du patient en période préopératoire évite de nombreuses complications. Plus l'équipe soignante sera consciente de ces enjeux, plus le patient en bénéficiera.

## 9 Bibliographie

### Ouvrages

Carpenito, L.J. (1997). *Plans de soins et dossier infirmier : diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration*. Paris : De Boeck.

Fornierod, P. (2005). *La pratique du soin infirmier au XXI<sup>e</sup> siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive*. Université de Genève : Les Cahiers de la section des Sciences de l'éducation.

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : Erpi.

Palazzolo, J. (2007). *Dépression et anxiété. Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*. Paris : Masson.

Pascal, A. & Frécon Valentin E. (2007). *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats*. Paris : Masson.

Radat, F. (1998). *Les états anxieux*. Paris : Doin.

Rémond, C. (2007). *Surveillance infirmière en pré et postopératoire*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Rey-Debove, J. & Rey, A. (1993). *Le nouveau Petit Robert*. Paris : Le Robert.

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Van Rillaer, J. (1997). *Peurs, angoisses et phobies*. Paris : Bernet-Danilo.

### Articles

Ayral, X., Gicquere, C., Duhalde, A., Boucheny, D. & Dougados, M. (2002). Effects of Video Information on Preoperative Anxiety Level and Tolerability of Joint Lavage in Knee Osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, vol. 47, n°4, 380-382.

Carr, E., Thomas, V.N. & Wilson-Barnet, J. (2004). Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 521-530.

Dalstein, G. (1995). L'expérience du bloc opératoire ; vécu du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 41, 65-75.

Delmas, P., Arnol, C. & Cloutier, L. (1997). L'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adulte opéré. *Recherche en soins infirmier*, 49, 90-99.

Doering, S., Katzlerberger, F., Rumpold, G., Roessler, S., Hofstoetter, B., Schatz, D.S., Behenski, H., Krismer, M., Luz, G., Innerhofer, P., Benzer, H., Saria, A. & Schuessler, G. (2000). Videotape preparation of patients before hip replacement surgery reduces stress. *Psychosomatic Medicine*, vol. 62, n°3, 365-373.

Felley, C., Perneger, T.V., Goulet, I., Rouillard, C., Azar-Pey, N., Dorta, G., Hadengue, A. & Frossard, J.L. (2008). Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. *BMC Gastroenterology*, vol. 8, n°22, 1-7.

Fung, D. & Cohen, M. (2001). What do outpatients value most in their anesthesia care ? *Canadian Journal of Anesthesia*, 48, 12-19.

Hering, K., Harvan, J., D'Angelo, M. & Jasinski, D. (2005). The use of a computer website prior to scheduled surgery (a pilot study): impact on patient information, acquisition, anxiety level, and overall satisfaction with anesthesia care. *American Association of Nurse Anesthetists (AANA) Journal*, vol.71, n°1, 29-33.

Hespel, D. (1998). L'information préopératoire du futur opéré. *Bulletin d'Education du Patient*, vol. 17, n°4, 103-112.

Ivarsson, B., Larsson, S., Lühns, C. & Sjöberg, T. (2005). Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac surgery—do the

patients want to know? *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 28, 407-414.

Jlala H.A., French J.L., Foxall G.L., Hardman J.G. & Bedforth N.M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, vol. 104, n°3, 369-374.

Johnston, M. & Vögele, C. (1993). Benefits of psychological preparation for surgery : a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 15, n°4, 245-256.

Kiyohara, L.Y., Kayano, L.K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M.U., Inagaki, M.M., Ogawa, N.Y., Gonzales, P.E.S.M., Mandelbaum, R., Okubo, S.T., Watanuki, T. & Vieira, J.E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas*, vol. 59, n°2, 51-56.

Lang, E.V., Hasiopoulou, O., Koch, T., Berbaum, K., Lutgendorf, S., Kettenmann, E., Logan, H. & Kaptchuk, T.J. (2005). Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *The Journal of the International Association for the Study of Pain*, vol. 114, n°1-2, 303-309.

Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J., Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine*, vol. 151, n°4, 1-30.

Maward, L. & Azard, N. (2004). Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire. *Recherche en soins infirmiers*, 78, 35-58.

Mitchell, M. (1994). Pre and post-operative psychological care. *Surgical Nurse*, vol. 7, n°3, 22-25.

Mitchell, M. (1997). Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 26, n°2, 356-363.



Mitchell, M. (2000). Nursing intervention for pre-operative anxiety. *Nursing Standard*, vol. 14, n°37, 40-43.

Mitchell, M. (2000a). Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *Ambulatory Surgery*, vol. 8, n°1, 19-29.

Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery : a littérature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 806-815.

Mitchell, M. (2007). Psychological care of patients undergoing modern elective surgery. *Nursing Standard*, vol. 21, n°30, 48-58.

Pritchard, MJ. (2009). Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. *Nursing Standard*, vol. 23, n°51, 35-40.

Rosén, S., Svensson, M. & Nilsson, U. (2008). Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, vol 23, n°4, 237-246.

Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N. & Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, vol. 51, n°2, 169-176.

Sørli, T., Busund, R., Sexton, J., Sexton, H. & Sørli, D. (2006). Video information combined with individualized information sessions: Effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery—A randomized trial. *Patient Education and Counseling*, 65, 180-188.

Speich, C. (1998). Comment contribuer à diminuer l'anxiété? *Soins infirmiers*, 11, 68-71.

Van Zuuren, F.J., Grypdonck, M., Crevits, E., Vande Walle, C. & Defloor, T. (2006). The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: A randomized controlled study. *Patient Education and Counseling*, 64, 173-182.

## **Autres documents**

Sanimédia (2010). *L'essentiel sur les droits des patients*. [Brochure]. Lausanne : Sanimédia information en santé publique.

### **Polycopiés**

Fornerod, P. (2007). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Mooser, F. (2006). *Système endocrinien et Stress*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

### **Sites Internet**

Association Nationale des Malades du Cancer de la Prostate. (2008). *Epidémiologie de la prise en charge des cancers de la prostate en France*. Lukacs, B. [Page WEB]. Accès : <http://www.anamacap.fr/telechargement/epidemiologie/epidemiologie-de-la-prise-en-charge-des-cancers-de-la-prostate-en-France.pdf> [Page consultée le 10 avril 2010].

Centre national de ressources de lutte contre la douleur. Paris. (2008). *L'anxiété préopératoire*. Amouroux, R. [Page WEB]. Accès : <http://www.cnrd.fr/L-anxiete-preoperatoire.html> [Page consultée le 3 mars 2010].

Site officiel de l'Etat de Fribourg. (2010). *Direction de la santé et des affaires sociales*. [Page WEB]. Accès : [http://admin.fr.ch/fr/data/pdf/dsas/2008\\_6\\_dsas\\_fr1.pdf](http://admin.fr.ch/fr/data/pdf/dsas/2008_6_dsas_fr1.pdf) [Page consultée le 12 mai 2010].

Social info. (2011). *Dictionnaire suisse de politique sociale*. [Page WEB]. Accès : <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=430> [Page consultée le 24 mai 2011].

Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes. (2011). *La prémédication en anesthésie*. [Page WEB]. Accès :

[http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/la\\_premedication\\_en\\_anesthesie.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/la_premedication_en_anesthesie.pdf)  
[Page consultée le 2 juin 2010].

Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation. (2006). *Normes et recommandations de la SSAR*. [Page WEB]. Accès : <http://www.sgar-ssar.ch/Normes-et-recommandations.90.0.html?&L=1> [Page consultée le 12 mai 2010].

## **10 Annexes**

### **10.1 Annexe A : Déclaration d'authenticité**

«Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives.  
Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées».

Noémie Blanc

## 10.2 Annexe B : Grille d'analyse critique

### Grille d'analyse critique d'un article scientifique quantitatif

Références de l'article analysé :					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				

	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?				
<b>Méthodes</b>  Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits				

	des participants (éthique) ?				
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				

Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.



### 10.3 Annexe C : Tableau contextes et population des études

Etudes	Contextes chirurgicaux Population des études Ages moyens	
Ayrat et al. (2002)	Chirurgie orthopédique	
	Population totale 112 personnes	
	56 personnes groupe contrôle dont 36 femmes et 20 hommes	64ans
	56 personnes groupe intervention dont 35 femmes et 21 hommes	64ans
Doering et al. (2000)	Chirurgie orthopédique : PTH	
	Population totale 100 personnes	
	46 personnes groupe intervention dont 21 femmes et 25 hommes	58.7ans
	54 personnes groupe contrôle dont 17 femmes et 37 hommes	60.4ans
Jlala et al. (2010)	Chirurgie membres supérieurs et inférieurs	
	Population totale 110 personnes	
	55 personnes groupe intervention dont 21 femmes et 34 hommes	58ans
	55 groupe contrôle dont 27 femmes et 28 hommes	59ans
Kiyohara et al. (2004)	Toutes chirurgies confondues	
	Population totale 120 personnes dont 38 hommes et 82 femmes.	
	Femmes 48ans	Hommes 49ans
Maward et Azard (2010)	Chirurgie digestive, ORL, tumorale, orthopédique, ophtalmique et autres	
	Population totale 60 personnes dont 27 hommes et 33 femmes :	
	30 personnes groupe contrôle et intervention.	83% <51ans 16.6% >51ans
Sjöling et al. (2003)	Chirurgie orthopédique : PTG	
	Population totale 60 personnes dont 24 hommes et 36 femmes: 30 personnes groupe contrôle et intervention.	71ans
Sørli et al. (2006)	Chirurgie cardiaque: pontage coronarien	
	Population totale 109 personnes dont 12 femmes et 97 hommes:	
	54 personnes groupe contrôle	57.5ans

	55 personnes groupe intervention	59ans
Van Zuuren et al. (2006)	Examen endoscopique	
	Population totale 95 personnes dont 32 hommes et 63 femmes :	
	47 personnes groupe intervention	49.4ans
	48 personnes groupe contrôle	48.8ans
Hering et al. (2005)	Chirurgie ambulatoire	
	Population totale 64 personnes dont 30 hommes et 34 femmes :	
	25 personnes groupe intervention	48ans
	39 personnes groupe contrôle	48ans
Ivarsson et al. (2005)	Chirurgie cardiaque	
	Population totale 338 participants :	
	156 personnes groupe contrôle dont 113 hommes et 43 femmes	Hommes 66ans Femmes 70ans
	182 personnes groupe intervention dont 130 hommes et 52 femmes	Hommes 66ans Femmes 66ans
Felley et al. (2008)	Examen endoscopique	
	Population totale 577 participants dont 303 hommes et 274 femmes.	
	278 personnes groupe intervention	57ans
	299 personnes groupe contrôle.	58.7ans

## 10.4 Annexe D : Echelle de Spielberger pour l'anxiété état

### State Trait Anxiety Inventory

Read each statement and select the appropriate response to indicate how you feel right now, that is, at this very moment. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to describe your present feelings best.

	1	2	3	4
	Not at all	A little	Somewhat	Very Much So
1. I feel calm			1	2
2. I feel secure			1	2
3. I feel tense			1	2
4. I feel strained			1	2
5. I feel at ease			1	2
6. I feel upset			1	2
7. I am presently worrying over possible misfortunes			1	2
8. I feel satisfied			1	2
9. I feel frightened			1	2
10. I feel uncomfortable			1	2
11. I feel self confident			1	2
12. I feel nervous			1	2
13. I feel jittery			1	2
14. I feel indecisive			1	2
15. I am relaxed			1	2
16. I feel content			1	2
17. I am worried			1	2
18. I feel confused			1	2
19. I feel steady			1	2
20. I feel pleasant			1	2

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

## 10.5 Annexe E : Grilles de lecture des articles

<b>N°</b>	<b>1</b>
<b>Auteurs</b>	LeandroYoshinobu Kiyohara, Lilian Kakumu Kayano, Lorena Marçalo Oliveira, Marina Uemori Yamamoto, Marco Makoto Inagaki, NilsonYuji Ogawa, Polo Eduardo San Martin Gonzales, Rosana Mandelbaum, Silvio Tanaka Okubo, Thaís Watanuki and Joaquim Edson Vieira
<b>Titre de la recherche</b>	<b>Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period.</b>
<b>Journal</b>	Revista do Hospital das Clínicas
<b>Année de publication</b>	2004
<b>Pays</b>	Brésil
<b>Question de recherche/ hypothèses/ Objectifs</b>	<p>La veille de l'intervention chirurgicale, le patient reçoit la visite de l'anesthésiste.</p> <p>Il est conseillé, pour le patient qui doit subir une intervention chirurgicale, qu'il ne craigne pas la procédure. Ceci pour éviter qu'il ressente de l'anxiété inutilement. L'attention de l'anesthésiste peut diminuer l'anxiété mais il faut également considérer l'importance des informations données au patient. Une étude britannique (1983) montre que les patients désirent en savoir plus sur la procédure de l'intervention chirurgicale et qu'ils souhaitent savoir combien de temps ils vont rester à l'hôpital. Une autre étude danoise (1998) indique des patients demandeurs au sujet de la douleur, de la durée de l'anesthésie, des risques d'affaiblissement dans les activités de la vie quotidienne et moins demandeurs à propos des sédatifs et des complications. Aux Etats-Unis, une étude (1999) a démontrée que l'anxiété, durant la période pré-opératoire, a été diminuée grâce à l'information donnée à propos de la procédure de l'anesthésie. Cette information a été fournie par prospectus ou par vidéo.</p> <p>Concernant l'anxiété, Kiyohara et al., expliquent que selon Spielberger (1970), l'anxiété est définie comme une manifestation comportementale qui peut être classée en 2 catégories. La première est l'anxiété état (qui se réfère à un épisode situationnel aigu) et la seconde est l'anxiété trait (considéré comme un trait de personnalité : personnalité anxieuse).</p> <p>Dans leur étude, ils observent le niveau d'anxiété état la veille de l'intervention chirurgicale, en lien avec la quantité d'informations que le patient connaît concernant le diagnostic, la procédure de l'intervention chirurgicale et le</p>

	programme d'anesthésie.
<b>Population échantillon</b>	<p>L'échantillon se composait de 149 patients, mais seulement 120 entretiens (de 82 femmes et 38 hommes) ont été utilisés. 29 patients ont été écartés de l'étude pour des raisons d'analphabétisme.</p> <p>Les femmes étaient âgées de 48,7 ans +/- 13,0 et les hommes de 49,3 ans +/- 16,0.</p>
<b>Mots-clés / Devis / Aspects éthiques</b>	Anxiety. Information. Surgery. Anesthesia. Diagnosis. (Anxiété, information, chirurgie, anesthésie, diagnostic) / descriptif corrélationnel / le comité d'éthique institutionnel a approuvé le protocole
<b>Méthodologie</b>	<p>Les patients ont été sélectionnés au hasard parmi une liste d'interventions chirurgicales programmées. Les patients ont été choisis au moyen d'un tableau de nombres aléatoires sur 2 jours dans 1 semaine. Les groupes comportaient 10 patients. Chaque patient a reçu la visite de 2 étudiants le soir avant leur intervention chirurgicale. 5 groupes d'étudiants ont été utilisés pour effectuer les visites. Les critères d'exclusions étaient : la grossesse, la transplantation, les maladies neurologiques et les patients âgés de moins de 16 ans ou plus de 80 ans.</p> <p>Le questionnaire utilisé leur a été expliqué au préalable et les patients ont signé un consentement. Pour évaluer le niveau d'anxiété des patients, c'est l'échelle de Spielberger qui a été utilisée (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory – STAI).</p> <p>Après les entrevues, les étudiants ont consultés les dossiers médicaux des patients au sujet des diagnostics et de la chirurgie envisagée pour les comparer avec les réponses des patients. Les réponses coïncidaient. Parfois les patients n'ont pas utilisés les termes médicaux exacts, mais ceci a été accepté.</p> <p>Les chercheurs ont ensuite comparée le niveau d'anxiété chez les patients par rapport aux informations sur le diagnostic, la procédure de l'intervention chirurgicale et l'anesthésie. 2 groupes ont été formés : ceux qui ont été correctement informés et ceux qui ne l'était pas. Les influences du niveau de scolarité et le sexe sur l'anxiété trait ou état ont aussi été considérés. Les mesures ont été exprimées en moyenne. Les chercheurs ont comparés les valeurs de l'anxiété état ainsi que les niveaux d'anxiété trait (STAI) avec le niveau d'éducation au moyen d'une analyse de variance (ANOVA).</p> <p>Les résultats (STAI) séparés par genre (homme / femme) ainsi que les réponses correctes ou non par rapport à la chirurgie, le diagnostic ou l'information sur l'anesthésie ont été comparés avec un test (Student's <i>t</i> test).</p> <p>Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le</p>

	logiciel SigmaStat 2.0.
<b>Résultats</b>	<p>Les résultats de cette étude montrent (par rapport à l'anxiété état) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pas de différences significatives par rapport aux niveaux d'anxiété état entre les hommes et les femmes.</li> <li>– Le niveau d'éducation des personnes n'a pas d'influence sur le niveau de l'anxiété état.</li> <li>– La majorité des patients avaient une bonne connaissance de leur diagnostic (91,7%), 75% des patients ont décrit correctement la procédure l'intervention chirurgicale, mais seulement 37,5% des patients avait des connaissances à propos de la procédure de l'anesthésie.</li> <li>– L'information sur le diagnostic ou l'anesthésie n'a par d'influence sur l'anxiété état. Mais les patients qui ne connaissaient pas la procédure de l'intervention chirurgicale avaient des niveaux d'anxiété élevés (résultat significatif : <math>P=0,021</math>).</li> <li>– Ceux qui connaissaient la procédure de l'intervention chirurgicale avaient des niveaux d'anxiété plus bas.</li> <li>– Par rapport aux informations en général sur la chirurgie, il n'y pas de lien avec le genre. (<math>P = 0.419</math>).</li> <li>– Les hommes avaient des niveaux d'anxiété état significativement plus bas quand ils avaient des connaissances correctes sur la procédure de l'intervention chirurgicale. (<math>P=0.036</math>).</li> <li>– Pas de lien non plus par rapport à l'anxiété état entre le genre et les informations sur l'anesthésie et le diagnostic.</li> <li>– Comme dit précédemment, le 75 % des patients avaient des connaissances sur la procédure de la chirurgie. Parmi ces personnes, certains connaissaient le diagnostic et d'autres non. Le lien entre les informations sur le diagnostic et celles sur la chirurgie n'était pas significatif par rapport à l'anxiété état (<math>P=0.170</math>).</li> <li>– Mais, les patients avaient des niveaux d'anxiété plus bas quand ils n'avaient pas d'informations sur le diagnostic mais connaissaient la procédure chirurgicale (<math>P=0.038</math>).</li> <li>– Pas différences significatives sur l'anxiété état entre l'anesthésie et la chirurgie et entre l'anesthésie et le diagnostic.</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pour les auteurs, cet étude suggère que les patients qui ont des informations en ce qui concerne la procédure de l'intervention chirurgicale qu'ils vont subir, peuvent avoir des niveaux d'anxiété état plus bas. Ils ont constaté que peu de patients étaient informés sur l'anesthésie, mais ceci n'a pas affecté les niveaux d'anxiété état. Les auteurs citent une étude dans laquelle l'information sur l'anesthésie n'a pas modifié significativement les niveaux d'anxiété chez les patients. Les auteurs prennent en compte des preuves de la littérature qui disent que de donner des informations en période préopératoire peut diminuer l'anxiété du patient. Cependant, ils expliquent aussi que certaines recherches, faites dans le contexte de la chirurgie cardiaque, montrent que les informations données aux patients n'ont produit aucun avantage.</li> <li>– Les informations données par le médecin peuvent réduire l'anxiété, mais il faudrait qu'il utilise la bonne forme et quantité d'information à fournir. Les auteurs font un lien avec leur étude car ils ont remarqués que la</li> </ul>

	<p>connaissance du diagnostic n'a pas d'influence sur le niveau d'anxiété alors que les informations sur le procédé chirurgical en a. Une manière d'identifier les patients ayant besoin de plus d'informations a été étudiée. Mais rien ne remplace la présence du médecin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'utilisation de brochures ou l'information standard écrite pourrait être remise en question. En plus d'être indifférente aux besoins des patients, un tel matériel n'aide pas à contrôler l'anxiété du patient (Bergmann et al., 2001). Dans leur étude, ils ont remarqué que la partie des patients l'échantillon qui connaissait le procédé chirurgical avait un niveau d'anxiété réduit quel que soit la connaissance du diagnostic. Cela peut suggérer qu'une personne malade peut avoir plus de peur des résultats de la chirurgie inattendue, en plus de faire face à la menace d'un mode de vie changé. Les patients n'ont pas nécessairement un contexte favorable ou un soutien familial pour faire face à tous ces défis. Dans ces situations, le médecin aurait à participer et l'utilisation de lignes directrices pourrait aider mais non substituer ce rôle d'aidant.</li> <li>– Les auteurs considèrent qu'il est possible que les informations possédées des patients sur les différents thèmes venaient peut-être de plusieurs sources (par ex. médias) et pas seulement des services médicaux. Cette possibilité met en lumière 2 considérations.</li> <li>– La première est liée à l'imagination de l'homme qu'il peut être calmé avec une bonne éducation et de prudentes informations. L'autre est la diversité de l'information médicale fournie par les médias, soit par Internet, ce qui répond à une multitude de questions mais d'une manière très impersonnelle. Les médecins sont limités dans leur temps et leur attention portée envers la personne soignée. En conséquence, ils gèrent peut-être la grande quantité d'informations à donner en limitant le temps de parole plutôt que d'informer sur toutes les possibilités de traitement.</li> <li>– Le nombre de patients familiarisé avec les propositions de procédés chirurgicaux a été relativement faible (73,2%), et très faible pour l'anesthésie (37,5%), cela peut susciter des questions quant à savoir si le système de santé publique au Brésil ne parvient pas à fournir des informations sur les procédures médicales. Dans une étude faite en 1999 auprès d'un échantillon de 401 patients, la préoccupation la plus fréquente était la peur de l'inconnu (Macuco, Macuco, Bedin, Turazzi, Castro, Basso). L'anxiété était constatée dans cet échantillon est bien corrélée avec l'anxiété mesurée dans une étude de 734 patients liée aux procédures d'anesthésie (Kindler, Harms, Amsler, Ihde-Scholl, Scheidegger, 2000). En outre, la population étudiée dans cet hôpital aurait pu être affectée par l'analphabétisme fonctionnel en quelque sorte. Dans quelle mesure cela pourrait affecter le résultat d'anxiété état n'a pas été abordée et mérite d'être approfondie.</li> <li>– <b>Une limitation importante</b> des résultats est qu'une variété d'autres informations précieuses n'a pas été abordée. La gravité des maladies, le pronostic, la possibilité de situations où la vie est en danger, le type de chirurgie palliative ou curative, les effets négatifs et inattendus de la maladie ou de la chirurgie, ou même l'anesthésie, peuvent affecter les niveaux de l'état d'anxiété. Cette enquête était une étude d'observation, il serait intéressant de procéder à des investigations supplémentaires pour aborder ces facteurs importants.</li> <li>– <b>Conclusion :</b> En conclusion, les patients qui ne détiennent pas d'informations sur la chirurgie ont des niveaux plus élevés</li> </ul>
--	--

	<p>d'anxiété état, et cette étude suggère de telles informations peut réduire l'anxiété sans tenir compte des informations sur le diagnostic. La connaissance de l'anesthésie ou le diagnostic n'a pas d'influence sur les niveaux d'anxiété état. Le pourcentage de patients informés de l'anesthésie a été faible et ceci pourrait être considéré comme un sujet à traiter.</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p>Les auteurs de cette étude n'ont pas fait d'intervention. Ils ont été demandés aux patients ce qu'ils avaient comme informations et ont fait des liens avec leurs niveaux d'anxiété.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'information sur le diagnostic ou l'anesthésie n'a par d'influence sur l'anxiété état. Mais les patients qui ne connaissaient pas la procédure de l'intervention chirurgicale avaient des niveaux d'anxiété élevés</li> <li>• Pour ceux qui connaissaient la procédure de l'intervention chirurgicale avaient des niveaux d'anxiété plus bas.</li> <li>• Les patients avaient des niveaux d'anxiété plus bas quand ils n'avaient pas d'informations sur le diagnostic mais connaissaient la procédure chirurgicale</li> </ul>



<b>N°</b>	<b>2</b>
<b>Auteurs</b>	Lina Maward et Nazed Azard
<b>Titre de la recherche</b>	<b>Etude comparative de l'anxiété, entre patients informés et non informés en période préopératoire.</b>
<b>Journal</b>	Recherche en soins infirmiers
<b>Année de publication</b>	2004
<b>Pays</b>	Liban
<b>Question de recherche/ hypothèses/ Objectifs</b>	<p>Après une description de l'anxiété (définition, anxiété opératoire, angoisse de personnalité/anxiété situationnelle, sources et facteurs déclencheurs, symptômes somatiques et manifestations psychologiques) les auteures ont abouti à une question essentielle : comment remédier à cette anxiété ? ils nomment 4 procédés (pharmacologiques ou psychologiques) qui entrent en jeu dans ce domaine : la prémédication, la technique de la relaxation, la consultation préanesthésique et l'information préopératoire structurée fournie par l'infirmière du bloc. C'est cette dernière qui est étudiée dans cet article.</p> <p><b>Problématique</b></p> <p>La problématique de cette enquête sur le terrain repose sur la question fondamentale suivante : parmi les procédés psychologiques d'anxiolyse, dans quelle mesure l'information structurée fournie par l'infirmière de bloc, serait-elle apte à diminuer l'anxiété situationnelle du patient ?</p> <p>Cette question est d'autant plus importante que l'enseignement préopératoire structuré est quasi-absent dans les hôpitaux du Liban, ce qui donne à une telle problématique toute sa valeur actuelle et lui attache une finalité pratique, susceptible d'améliorer la qualité des soins, d'une part, et de valoriser le rôle de l'infirmière de bloc, de l'autre.</p> <p>Ainsi, cette enquête, pourrait aboutir à proposer un protocole pour mise en application.</p> <p>Cette problématique se justifie psychologiquement, éthiquement, médico-juridiquement, expérimentalement et elle trouve sa légitimité scientifique dans les résultats concrets fournis par des enquêtes sur le terrain (les auteurs parlent de recherches</p>

	<p>menées en Occident).</p> <p><b>Hypothèse / question</b></p> <p>L'information préopératoire structurée fournie par l'infirmière de bloc, diminue l'anxiété du patient opéré.</p> <p>Les auteures ajoutent à cette hypothèse un ensemble d'interrogations inhérentes à la question suivante : Quels sont les liens possibles entre les niveaux d'anxiété opératoire et les facteurs personnels, médicaux, professionnels et socio-culturels propres au patient opéré ? Ces caractéristiques sont décrites dans le chapitre « population échantillon ».</p>
<b>Population échantillon</b>	<p><b>L'échantillonnage</b> qu'ils ont utilisé dans cette population porte les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un échantillon de 60 patients a participé à cette étude, répartis en deux groupes :</li> <li>– Un groupe de 30 patients qui ont bénéficié d'une information préopératoire structurée. Ils composent le <b>groupe A1</b>.</li> <li>– Un groupe témoin de 30 patients qui n'ont pas bénéficié de cette information. Ils forment le <b>groupe A2</b>.</li> </ul> <p>L'échantillon ainsi composé et réparti, a été formé au hasard (échantillonnage aléatoire). Pour cela, les auteurs ont appliqué la technique suivante : selon la chronologie de leur admission à l'hôpital, le premier patient intègre le groupe A1, le deuxième le groupe A2, le troisième le groupe A1, le quatrième A2 etc... jusqu'au nombre 60.</p> <p><b>Caractéristiques personnelles et socio-culturelles de l'échantillon :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sexe : 33 femmes (55%) et 27 hommes (45%)</li> <li>– Ages : catégorie des 17 à 30ans (25 personnes), 31 à 50ans (25 personnes), 51 à 70ans (10 personnes). La population de cet échantillon est donc jeune (83% de moins de 51ans).</li> <li>– Etat civil : équilibre entre célibataires et mariés.</li> <li>– Niveau scolaire : 3 personnes illettrées (5%), enseignement primaire (41,6%), baccalauréat (28,3%), diplôme universitaire (25%).</li> <li>– Activité professionnelle : 46,6% sont sans activité professionnelle (mères de famille, chômeurs, retraités) et 53,3% exercent une activité professionnelle.</li> <li>– Habitudes de vie (tabac et alcool) : équilibre entre fumeurs et non fumeurs, très forte majorité de non consommateurs d'alcool</li> <li>– Attitude à l'arrivée : majorité de personne « calme » (40 personnes) et 20 personnes avec des manifestations de signes</li> </ul>

	<p>d'anxiété.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Douleur à l'arrivée : 40 personnes n'ont pas de douleur et 20 personnes en ont. La catégorie « calme » ci-dessus ne correspond pas nécessairement à la catégorie « sans douleur ».</li> <li>– Hospitalisation antérieure : 42 personnes ont déjà été hospitalisées contre 18 personnes n'ayant pas connu d'hospitalisation antérieure</li> <li>– Type de chirurgie : du plus souvent au plus rare : chirurgie digestive (28 personnes), suivie par la chirurgie ORL (16 personnes), puis chirurgie tumorale (7 personnes), puis chirurgie orthopédique (5 personnes), suivie par la chirurgie ophtalmique (2 personnes) et les autres chirurgies (2 personnes).</li> <li>– Type d'anesthésie : anesthésie générale (40 personnes), anesthésie rachidienne/épidurale (18 personnes), anesthésie locale (2 personnes).</li> </ul> <p><b>Les critères d'exclusion</b> retenus sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les patients âgés de moins de 18 ans et plus de 70 ans</li> <li>– Les opérations à cœur-ouvert</li> <li>– Les opérations de gynécologie</li> <li>– Les admissions en urgence</li> </ul>
<b>Mots-clés / Devis / Aspects éthiques</b>	Anxiété préopératoire, groupe expérimental, information préopératoire, évaluation / étude descriptive corrélationnelle / pas de notion d'éthique.
<b>Méthodologie</b>	<p><b>Variable : information structurée</b></p> <p>L'information structurée se distingue de l'information ordinaire, ou élémentaire, que reçoit le patient du bloc opératoire, par son caractère à la fois, dense, exhaustif et personnalisé. Elle comporte dans cette enquête deux éléments complémentaires : le livret de renseignements et l'entretien préopératoire de l'infirmière de bloc avec le patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le livret de renseignements</li> </ul> <p>Ce livret peut ne pas être inclus à l'information préopératoire, dite structurée, dans les hôpitaux et les pays où il est institutionnalisé et adapté aux besoins des patients opérés. Mais dans le cas de l'hôpital dans lequel l'étude s'est faite (Hôpital Nini), comme dans la quasi-totalité des établissements hospitaliers du Liban, ce livret n'existe pas. Pour cela, les auteurs l'ont constitué et intégré à l'information structurée de cette enquête. Il est composé de quatre volets :</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les mesures que le patient doit respecter avant une opération programmée.</li> <li>2. Les renseignements relatifs à la phase préparatoire de l'opération.</li> <li>3. Les renseignements propres à l'acte chirurgical et son environnement.</li> <li>4. Les conseils et les mesures postopératoires à suivre et à respecter après la sortie de l'hôpital.</li> </ol> <p>- L'entretien préopératoire</p> <p>Il est effectué par l'infirmière du bloc et se fonde sur le contenu du livret, communiqué la veille au patient. Au cours de cet entretien, l'infirmière établit un dialogue personnalisé avec le patient, répond à ses questions et clarifie les points restés vagues pour lui, ou ceux qui concernent tout particulièrement son cas.</p> <p>Parmi les multiples approches possibles de l'entretien, les auteures ont adopté une approche mixte s'inspirant à la fois de la tendance psychologique et de la tendance pédagogique. Cette approche consiste d'une part, à laisser le patient exprimer ses craintes, ses angoisses et ses préjugés face à l'intervention chirurgicale, et de l'autre, à lui fournir un enseignement systématique.</p> <p>Par ailleurs, il faudrait noter que les grandes lignes du livret de renseignements et de l'entretien préopératoire, ont été formulées et adaptées, à partir de deux sources essentielles : le modèle du « contenu de l'entretien avec le futur opéré » fourni par « l'Union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État » de France (UNAIBODE), et le « plan d'enseignement préopératoire » élaboré par Delmas, Arnol et Cloutier à partir de programmes d'enseignements utilisés aux U.S.A.</p> <p>En plus, avant d'adopter le texte final du livret de renseignements, les auteures l'ont fait tester sur le terrain par un chirurgien général, un chirurgien orthopédiste, un directeur management de la qualité, une directrice adjointe et une infirmière de bloc opératoire.</p> <p><b>Instrument de mesure de l'anxiété</b></p> <p>Les échelles de Spielberger</p> <p>De plus, les auteures ont voulu <b>approfondir le concept de l'anxiété</b> en essayant de le lier aux facteurs personnels et socio-culturels relatifs aux membres de l'échantillon étudié.</p> <p>Pour cela, parallèlement à l'échelle de Spielberger pour la mesure de l'anxiété situationnelle, les auteurs ont établi un</p>
--	--

	<p>questionnaire adressé aux membres des groupes A1 et A2, permettant de lier l'anxiété préopératoire des patients aux données essentielles suivantes : identité personnelle (sexe, âge, situation matrimoniale), activité professionnelle, niveau d'enseignement, certaines habitudes de vie (tabagisme, alcoolisme), attitude à l'arrivée à l'hôpital, douleur à l'arrivée, type de chirurgie, type d'anesthésie</p> <p><b>Déroulement de l'enquête</b></p> <p><b>La veille de l'opération</b>, les membres du groupe A1 font la connaissance de l'infirmière de bloc, qui va les accueillir le lendemain. Elle leur remet par la même occasion le livret de renseignements. <b>Le lendemain matin</b>, avant la prémédication, le questionnaire pour la collecte des données est effectué avec les membres des groupes A1 et A2. Au cours de cette même étape, l'infirmière de bloc effectue l'entretien préopératoire uniquement avec les membres du groupe A1. <b>Dans une deuxième phase (également antérieure à la prémédication)</b>, l'échelle de Spielberger pour la mesure de l'anxiété situationnelle est mise en exécution. Elle est adressée aux membres des deux groupes A1 et A2 de l'échantillon.</p> <p><b>Moyen d'analyse statistique</b></p> <p>Logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences). L'analyse comparative de deux moyennes est effectuée par «T Test» (test des deux moyennes), l'analyse comparative de plus de deux moyennes, par ANOVA (Analyse de variance).</p>
<b>Résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Niveaux d'anxiété</b> Les résultats de l'étude appuient l'hypothèse principale. L'information structurée fournie par l'infirmière de bloc, diminue d'une façon significative l'anxiété du patient opéré. Moyenne de 14,96 points (sur l'échelle de Spielberger) pour le groupe A1 (enseigné) et une moyenne de 22,53 points pour le groupe A2 (non enseigné).</li> <li>– <b>Anxiété et facteurs caractéristiques</b> <i>Relations non significatives</i> entre l'anxiété et le sexe, l'âge, l'état civil, l'activité professionnelle, le tabagisme, la consommation ou non d'alcool, l'hospitalisation antérieure, le type de chirurgie, le type d'anesthésie. <i>Relations significatives entre</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'anxiété et l'attitude à l'arrivée à l'hôpital (les niveaux d'anxiété recueillis au bout de l'enquête sont restés, d'une façon significative, plus élevés chez les manifestement «anxieux» que chez les manifestement «calmes» à leur arrivée à l'hôpital)</li> <li>• l'anxiété et la douleur à l'arrivée (les niveaux d'anxiété recueillis au bout de l'enquête restent, d'une façon significative, plus élevés chez les patients arrivés à l'hôpital «avec douleur» que chez ceux arrivés «sans douleur»)</li> <li>• l'anxiété et le niveau de scolaire (le auteurs ont constaté que les niveaux d'anxiété des «illettrés» sont, d'une façon significative, plus élevés que ceux des «instruits» (dans le sens le plus étendu du terme, allant des études primaires ou complémentaires, au baccalauréat, aux diplômes universitaires) Il faudrait, toutefois, tempérer ce</li> </ul> </li> </ul>

	<p>résultat, par le fait que les « illettrés » ne forment qu'une très faible minorité (5 % seulement de l'échantillon).</p> <p>La différence des niveaux d'anxiété entre les trois catégories de patients « instruits » est, elle aussi, non significative. Le caractère non significatif de la grande majorité des facteurs énumérés ci-dessus, a mené les auteurs à la conclusion suivante : l'information préopératoire structurée fournie aux patients, semble avoir eu un effet relativement uniforme et homogène, assez indépendant dans la grande majorité des cas, des caractéristiques du groupe étudié.</p>
<b>Discussion</b>	<p>En confirmant l'hypothèse principale que les auteures ont amenée, cette étude ouvre des perspectives importantes (théoriques, pratiques). Cette recherche contribue, à clarifier un peu plus le problème théorique suivant : les différences culturelles, socio-économiques, familiales, psychologiques, éthiques et mentales, entre les sociétés industrialisées de type occidental, et la société libanaise, ne modifient pas dans le contexte de cette dernière, l'action positive de l'information préopératoire structurée sur l'anxiété des patients. Quant aux conséquences pratiques éventuelles de cette étude, elles ne manqueraient pas d'avoir un impact important sur la qualité des soins au bloc opératoire, tant au niveau des patients qu'à celui du rôle de l'infirmière.</p> <p>Les auteures ont été frappées par le soulagement manifeste de la quasi totalité des patients du groupe enseigné (A1), après avoir reçu et lu le livret de renseignements, et pour avoir fait de près la connaissance de l'infirmière de bloc et obtenu les informations personnalisées sur : la programmation et le déroulement de l'acte chirurgical, le type d'anesthésie, le personnel du bloc, les modes de transfert, l'architecture des locaux, les appareils, ainsi que les conseils pratiques et les réponses apportées aux questions particulières qui préoccupent chacun d'eux. Les auteures ont pu observer également combien les patients sont sécurisés en retrouvant au bloc l'infirmière qu'ils connaissent déjà, et comment, dans leur comportement et leurs gestes, ils ont suivi les conseils bénéfiques qui leur ont été fournis. Leurs impressions et jugements après l'opération, confirment encore plus, leur satisfaction vis-à-vis de l'information préopératoire qu'ils ont eue. Même satisfaction du côté de l'infirmière de bloc. Cela ne fait aucun doute que l'information opératoire qu'elle fournit aux patients, valorise son rôle d'une façon fort significative.</p> <p><b>Recommandations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les établissements hospitaliers libanais gagneraient beaucoup en qualité de soins, en adoptant un protocole pour mise en application du livret de renseignements et de l'entretien préopératoire du patient avec l'infirmière de bloc. L'absence de l'information préopératoire structurée constitue à l'heure actuelle, une lacune importante dans le système hospitalier libanais.</li> <li>– L'information préopératoire structurée, une fois instaurée dans les établissements hospitaliers libanais, contribuera à valoriser la relation tripartite, patient-infirmière-bloc opératoire, dans un souci commun de personnalisation, d'humanisation et d'efficacité.</li> <li>– Les auteures espèrent que cette étude contribuera à attirer l'attention des chercheurs libanais en soins infirmiers sur l'importance du problème de l'anxiété opératoire. Les écrivent que d'autres enquêtes sur le terrain devraient traiter ce</li> </ul>

	<p>même problème dans les diverses régions du Liban, pour pouvoir constituer une vision d'ensemble et aboutir à des conclusions plus exhaustives.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Elles ont opté dans cette enquête l'étude de l'impact de l'information structurée sur l'anxiété du patient en phase préopératoire. Cependant, il est tout à fait utile et important que d'autres travaux traitent l'anxiété post opératoire, ou même périopératoire, en fonction de l'enseignement structuré fourni au patient.</li> <li>– Par ailleurs, les facteurs personnels, socio-culturels et psycho-médicaux que les auteures ont pris en compte (sexe, âge, état civil, niveau scolaire, activité professionnelle, tabagisme, consommation d'alcool, attitude à l'arrivée, etc...), ne sont pas les seuls possibles. D'autres paramètres seraient à mettre en lien avec le niveau d'anxiété comme les facteurs agissant sur le psychisme des patients au cours de la période précédant l'opération, les facteurs personnels et familiaux (décès, accidents graves, maladies, difficultés financières, problèmes conjugaux, conflits avec les enfants, etc...).</li> <li>– Les recherches futures pourront mettre l'accent davantage sur l'anxiété de personnalité dans sa relation avec l'anxiété situationnelle, (quoique l'échantillonnage aléatoire, que les auteures ont adopté pour l'étude de l'anxiété situationnelle, inclut forcément les divers niveaux de l'anxiété de personnalité, car chaque individu d'une population choisie a une chance égale d'être sélectionné).</li> </ul>
<b>Commentaires personnels</b>	<p>Pas de notion d'éthique, à signaler dans la discussion (point faible).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>La veille de l'opération</b>, les membres du groupe A1 font la connaissance de l'infirmière de bloc, qui va les accueillir le lendemain. Elle leur remet par la même occasion le livret de renseignements. <b>Le lendemain matin</b>, avant la prémédication, le questionnaire pour la collecte des données est effectué avec les membres des groupes A1 et A2. Au cours de cette même étape, l'infirmière de bloc effectue l'entretien préopératoire uniquement avec les membres du groupe A1. <b>Dans une deuxième phase (également antérieure à la prémédication)</b>, l'échelle de Spielberger pour la mesure de l'anxiété situationnelle est mise en exécution. Elle est adressée aux membres des deux groupes A1 et A2 de l'échantillon.</li> <li>– <b>Variable : information structurée</b> L'information structurée se distingue de l'information ordinaire, ou élémentaire, que reçoit le patient du bloc opératoire, par son caractère à la fois, dense, exhaustif et personnalisé. Elle comporte dans cette enquête deux éléments complémentaires : le livret de renseignements et l'entretien préopératoire de l'infirmière de bloc avec le patient</li> <li>– Les résultats de l'étude appuient l'hypothèse principale. L'information structurée fournie par l'infirmière de bloc, diminue d'une façon significative l'anxiété du patient opéré</li> <li>– Le caractère non significatif de la grande majorité des facteurs énumérés ci-dessus, a mené les auteurs à la conclusion suivante : l'information préopératoire structurée fournie aux patients, semble avoir eu un effet relativement uniforme et homogène, assez indépendant dans la grande majorité des cas, des caractéristiques du groupe étudié</li> </ul>

<b>N°</b>	<b>3</b>
<b>Auteurs</b>	Bodil Ivarsson, Sylvia Larsson, Carsten Lühns and Trygve Sjöberg
<b>Titre de la recherche</b>	<b>Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac surgery—do the patients want to know?</b>
<b>Journal</b>	European Journal of Cardio-thoracic Surgery
<b>Année de publication</b>	2005
<b>Pays</b>	Suède
Question de recherche/ hypothèses/ Objectifs	<p>La chirurgie cardiaque (pontage coronarien, valve) soulage les symptômes lors de maladie cardiaque. De plus, les techniques chirurgicales et d'anesthésie, les soins infirmiers s'améliorent continuellement ce qui contribue à l'efficacité clinique dans la plupart des cas.</p> <p>L'étude de Beresford, Seymour, Vincent &amp; Moat (2001) a montré que chez 50 patients devant subir une intervention cardiaque, 42% ne voulaient pas d'information à tous sur les risques associés à la chirurgie et 50% ne voulaient pas d'informations sur le risque de décès.</p> <p>Les auteurs parlent de deux études, celle de Kennelly &amp; Bowling (2001) et celle de Jonsdottir &amp; Baldursdottir (1998). Ils en ressortent que même si la décision concernant la chirurgie cardiaque est cruciale, la plupart des patients de laisser la décision au chirurgien. Les patients estiment que les informations qu'ils reçoivent et leurs connaissances sur les alternatives sont insuffisantes pour décider si la chirurgie est approprié ou non.</p> <p>En 2004, les mêmes auteurs de cet article (Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac surgery—do the patients want to know?) ont réalisé précédemment une étude qualitative qui a montré que certains patients en attente pour une intervention chirurgicale cardiaque ont estimé que l'information pourrait être à la fois insuffisante et inexacte.</p> <p>L'étude de Vohra, Ledsham, Vohra &amp; Patel (2003) a montré que pendant la nuit avant la chirurgie cardiaque, 78% des patients ont été informés des risques possibles liés à l'opération, et 75% des patients ont été informés en même temps</p>



	<p>sur les conséquences de ne pas avoir la chirurgie.</p> <p>Il est difficile de savoir si les informations rares ou absentes sur le risque en préopératoire et postopératoire est le résultat d'un paternalisme (= protéger un patient en allant à l'encontre de ses souhaits). Selon Shinebourne &amp; Bush (1994), il peut être considéré comme une forme de paternalisme lorsqu'un médecin prend une décision pour le patient, ou lorsqu'il ne donne pas d'informations complètes sur des motifs qui sous-tendent qu'il vaut mieux pour le patient de ne pas savoir.</p> <p>Les auteurs font état d'un manque d'études menées pour évaluer l'effet de différents types d'informations concernant les complications qui peuvent survenir chez des patients subissant une chirurgie cardiaque. Les chirurgiens ont souligné que l'information sur tous les aspects des complications possibles pourrait être effrayant pour les patients, et ainsi augmenter l'anxiété et la détresse. Par conséquent, l'objectif de leur étude était d'étudier les expériences des patients concernant l'information sur le risque de complications et la façon dont l'information affecte les patients.</p> <p>Une comparaison a été faite entre les patients qui, en préopératoire, ont reçu de nouvelles informations complémentaires et écrites concernant les complications possibles liées à la chirurgie cardiaque et les patients ayant reçu des informations classiques, plus superficielle et moins importantes.</p>
<b>Population échantillon</b>	<p>434 patients ont été contacté en préopératoire. 214 étaient pour le groupe témoin et 220 pour le groupe intervention. C'est sont des adultes repartis de manière non-aléatoire dont l'intervention est programmée qui sont admis pour un pontage coronarien et/ou la chirurgie valvulaire, avec ou sans circulation extracorporelle. Certains patients des 2 groupes n'ont pas répondu aux questionnaires envoyés. Finalement, en préopératoire, les deux groupes étaient composés de 182 (groupe intervention) et 156 (groupe contrôle) patients.</p> <p>Ces patients ont été opéré et 8 semaines après leur intervention, 136 personnes du groupe témoin et 161 personnes au groupe intervention ont répondu.</p>
<b>Mots-clés / Devis / Aspects éthiques</b>	<p>Consent information; Preoperative information; Cardiac surgery; Complications. (Consentement éclairé, information préopératoire, chirurgie cardiaque, complications) /quantitatif, quasi-expérimental (car non-aléatoire), devis avant - après/ L'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'université Lund en Suède. Les patients ont reçu un questionnaire par courriel, où ils ont été invités à le remplir s'ils ont choisi de participer à l'étude. Les patients ont également reçu des informations écrites sur le questionnaire, sur le but de l'étude ainsi que sur la confidentialité des données traitées.</p>
<b>Méthodologie</b>	<b>Intervention</b>

	<p>Le groupe témoin a reçu des informations écrites et standards sur le transport à l'hôpital, des informations sur la procédure et la préparation au niveau de l'hygiène. De plus, il a reçu un document (brochure) établi en 2000 dans un centre de chirurgie cardio-thoracique. Les thèmes de ce document traitent de la préparation et de la performance de la chirurgie cardiaque, ainsi que des conseils pratiques. Les informations portent sur les différentes maladies cardiaques et la description des techniques chirurgicales, sur la médication, sur des changements postopératoires mineurs au niveau de la fréquence du pouls et sur les possibles infections de plaies. Les informations portaient aussi sur les éventuelles réactions psychologiques, comme l'anxiété et la dépression et sur les styles de vie recommandés en postopératoire.</p> <p>Les patients du groupe intervention ont reçu les mêmes informations que les patients dans le groupe témoin, ainsi qu'une brochure établie en 2003, avec des informations « extended » détaillées sur les complications fréquentes et rares, simples et sévères, organe par organe, y compris des informations sur les situations où la vie est en danger, qui peuvent se produire dans le cadre de la chirurgie cardiaque. Ces informations détaillées se centrent sur les effets sur les différents systèmes (d'organes) et les complications possibles. La brochure contient des informations sur la possibilité que la maladie grave et les complications majeures puissent entraîner la mort. Il contient également des informations sur la possibilité de téléphoner à la clinique pour discuter et poser des questions avec une infirmière ou un chirurgien et que le patient devrait apporter les informations écrites afin d'en discuter lors d'une réunion préopératoire avec le chirurgien. Le contenu de la brochure a été basé sur les connaissances cliniques actuelles et sur des études de plusieurs documents d'information destinés aux patients. La brochure a été discutée, examinée avec un large éventail d'experts cliniques.</p> <p><b>Procédure</b></p> <p>Les patients ont été invités à remplir un questionnaire portant sur leurs expériences en ce qui concerne l'information reçue sur les différentes complications qui peuvent survenir dans le cadre d'une opération cardiaque. Ils ont également été interrogés sur leur état émotionnel et la détresse subjective. Patients ont reçu le premier questionnaire dans les 10-14 jours avant l'opération cardiaque prévue et le deuxième questionnaire 8 semaines après l'intervention. Les deux questionnaires ont été envoyés par courrier. Les patients ne répondant pas au premier questionnaire n'ont pas été inclus dans l'étude et ceux qui n'ont pas répondu au second questionnaire ont été rappelé une fois par courrier. Les critères d'exclusion pour les patients de cette étude ont été la chirurgie cardiaque d'urgence ou la chirurgie prévue dans les 2 semaines, et l'incapacité de comprendre, de lire et d'écrire le suédois.</p> <p><b>Instruments</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les questionnaires d'auto-évaluation ont été développés spécifiquement pour cette étude pour évaluer la satisfaction concernant l'information préopératoire avant une chirurgie cardiaque. Ils ont été conçus sur la base</li> </ul>
--	--

	<p>d'une revue de la littérature. Le questionnaire comportait des questions de type Likert et des questions à choix multiples à propos de l'information sur les complications (14 items), l'attitude personnelle à l'information (personal attitude to information) (2 items), et les possibilités de soutien (3 items). Les patients ont également eu des questions de nature socio-démographiques, tels que l'âge, l'éducation et la situation familiale.</p> <p>La <u>validité</u> de contenu a été vérifiée par des cliniciens (un chirurgien et des infirmières expérimentées en chirurgie et dans les soins) et les chercheurs qui n'ont pas été impliqué dans l'élaboration du questionnaire et le questionnaire a été distribué à cinq patients.</p> <p>Cette étude pilote a montré que les patients n'avaient pas de difficultés à remplir le questionnaire et que seules de mineures modifications ont dues être apportées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'échelle de l'anxiété et de la dépression à l'hôpital (Hospital Anxiety and Depression Scale) a été utilisée pour étudier les degrés d'anxiété et de dépression. Cette échelle est un instrument auto-administré (self-reported) qui se compose de 14 questions, 7 qui se rapporte à l'anxiété et 7 à la dépression. Chaque question à choix multiples a 4 catégories de réponse, avec un score possible de 0-3. Les réponses reflètent l'état émotionnel du patient au cours de la semaine précédente. Un score total de 7 ou moins, sur un maximum de 21, dans chaque catégorie indique un « non-cas », 8-10 indique les cas douteux, suspect et 11 ou plus indique de l'anxiété ou de la dépression.</li> <li>- L'échelle de l'impact de l'événement (Impact of Event Scale) a également été utilisée. C'est un instrument auto-administré (self-reported) pour l'évaluation de la détresse actuelle subjective. Cette échelle mesure les réactions à un facteur de stress spécifique, dans ce cas cela concerne la préoccupation par rapport à l'opération cardiaque. Le questionnaire se compose de 15 items, différenciant la détresse d'évitement (8 questions avec une variation de 0-40 pour le score total) et la détresse d'intrusion (7 questions avec une variation de 0-35 pour le score total). Les réponses reflètent la détresse pour la semaine précédente. Le niveau de détresse est considéré comme faible si le score total est de 8 ou moins, moyen de 9-19 et élevé de 20 ou plus.</li> </ul> <p><b>Analyses statistiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour la comparaison de la proportion de réponses « Oui » et « Non » dans 2 groupes, le test <i>Fisher's exact</i> a été utilisé, et pour la comparaison de plus de 2 groupes, le test <i>Chi-square</i> a été utilisé.</li> <li>- Pour classer les réponses et les échelles ordinales, le test <i>Mann-Whitney U</i> a été utilisé pour la comparaison des 2 groupes et le test <i>Kruskal-Wallis</i> pour la comparaison de plus de 2 groupes.</li> <li>- Le test <i>Spearman</i> a été utilisé pour évaluer la corrélation entre 2 variables mesurées sur une échelle ordinale.</li> <li>- Les analyses ont été faites avec l'aide du logiciel SPSS (SPSS Inc Chicago, IL, USA).</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<p><b>Résultats pertinents concernant ma question de recherche en période préopératoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Expérience de l'information</b> (pas par rapport à l'anxiété) Les résultats du questionnaire envoyé en période préopératoire montrent la sensibilisation à la conscience d'avoir le droit à l'information sur les complications significativement plus élevée dans le groupe intervention que dans le groupe témoin (<math>P=0,001</math>).</li> </ul>

	<p>Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes quant à savoir si les patients voulaient en savoir autant que possible ou rien du tout sur les complications.</p> <p>84,4 % du groupe intervention savait qu'ils avaient la possibilité de faire appel à l'infirmière de la clinique où devait avoir lieu leur intervention chirurgicale et 63,2 % du groupe témoin en avait connaissance. Ce résultat est donc significativement plus élevé pour le groupe intervention (<math>P=0,004</math>).</p> <p>39,3 % des patients du groupe témoin a appelé l'infirmière de la clinique comparativement à 28,1% des patients du groupe intervention. Mais, la différence n'est pas statistiquement significative (<math>P=0,065</math>).</p> <p>En période préopératoire, les patients du groupe intervention ont été significativement plus satisfaits de l'information écrite sur les complications fréquentes et rares (<math>P&lt;0,001</math>). Ils étaient également plus satisfaits de l'information orale sur les résultats de la chirurgie prévue (<math>P=0.010</math>). Plus de patients dans le groupe d'intervention a connu une possibilité de discuter de l'information écrite avec leurs proches (<math>P=0.058</math>).</p> <p>Avant l'opération, les patients du groupe témoin un niveau scolaire supérieur étaient beaucoup plus sceptiques à l'information écrite que ceux qui ont un plus bas niveau scolaire (<math>P&lt;0,001</math>) et les hommes étaient significativement beaucoup plus intéressés à recevoir l'information que les femmes (<math>P&lt;0,001</math>). Ces différences n'ont pas été trouvées dans le groupe intervention. Dans le groupe d'intervention, plus de patients ne veulent pas connaître les complications possibles (<math>P=0.053</math>) et les femmes ont appelés les infirmières à la clinique plus souvent que les hommes (<math>P&lt;0,001</math>). Ces différences n'existent que dans le groupe intervention.</p> <p>En postopératoire, les patients recevant des informations détaillées (groupe d'intervention) étaient significativement plus satisfaits de l'information écrite et orale sur les complications fréquentes et rares que les patients du groupe témoin. Les patients dans le groupe d'intervention ont expérimentés qui ils pouvaient discuter de méthodes alternatives de traitement avec leur médecin à un degré beaucoup plus élevé que les patients dans le groupe témoin (<math>P=0.017</math>). La plupart des patients des deux groupes étaient satisfaits de l'information sur les résultats de la chirurgie prévue et qu'un haut degré d'expérience sur l'information était en conformité avec leur état de santé postopératoire. En postopératoire, les patients plus jeunes (<math>&lt; \text{ou} = 50</math> ans) dans le groupe intervention, mais pas dans le groupe témoin, se sentaient moins satisfaits de l'information orale sur les complications rares que les patients plus âgés (<math>&gt; 50</math> ans) (<math>P=0.029</math>). L'état civil n'a pas de signification pour les résultats de toutes les questions qu'elles soient en pré-ou postopératoire dans n'importe quel groupe.</p> <p>- <b>Anxiété et dépression</b></p> <p>Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les groupes pour l'anxiété ou la dépression, entre les périodes pré ou postopératoires. Les scores moyens pour l'anxiété et la dépression ont diminué après l'intervention chirurgicale dans les deux groupes, par rapport aux valeurs préopératoires, mais ces différences n'étaient non plus pas significatives. Un score de 8 sur l'échelle de l'anxiété et de la dépression à l'hôpital (Hospital Anxiety and Depression Scale) est recommandé comme limite pour identifier les cas d'anxiété ou de dépression qui pourraient être cliniquement importants.</p> <p>Un total de 47 patients (30%) dans le groupe témoin et 56 patients (31%) dans le groupe d'intervention a noté un score de 8 ou plus avant la chirurgie concernant l'anxiété en comparaison à 20 patients (15%) dans le groupe</p>
--	--

	<p>témoin et 32 patients (20% ) dans le groupe d'intervention 8 semaines après l'opération.</p> <p>Ne concerne pas l'anxiété mais les résultats par rapport à la dépression :</p> <p>En ce qui concerne la dépression, un total de 29 patients (19%) dans le groupe témoin et 30 patients (17%) dans le groupe d'intervention a marqué 8 ou plus avant l'intervention, contre 17 patients (13%) dans le groupe témoin et 19 patients (12%) dans le groupe d'intervention 8 semaines après l'opération.</p> <p>Les femmes du groupe d'intervention avaient des symptômes certains d'anxiété à un degré beaucoup plus élevé que les hommes avant l'opération (P=0.023).</p> <p>Les femmes dans le groupe témoin avaient des symptômes certains de dépression à un degré beaucoup plus élevé que les hommes après la chirurgie (P=0.044).</p> <p>- <b>Evitement et intrusion</b> (ces résultats ne sont pas pour répondre à ma question)</p>
<b>Discussion</b>	<p>Lors du travail de préparation de cette étude, les chirurgiens cardiaques à la clinique étaient inquiets que les informations complémentaires pour les patients soient trop détaillées, décrivant plusieurs affections graves qui peuvent apparaître dans le cadre de toutes les procédures nécessaires par rapport à une opération cardiaque. Les auteurs de l'étude ont supposé que cela pourrait avoir un fort impact négatif sur les patients, et pourrait conduire à une diminution de la confiance entre le chirurgien et le patient. Par rapport au questionnaire, les auteurs ont organisé une réunion avec plusieurs professionnels de la santé impliqués dans les soins des patients (cardiologues, infirmières). Le contenu des informations étendues et la mise en place de l'étude leur a été présentés. Les points de vue soulevés par les soignants lors de cette réunion n'étaient pas tous positifs. Ils pensaient que les informations détaillées pourraient être effrayantes pour le patient et que de nombreux patients refuseraient de subir le traitement recommandé et qui leur sauverait la vie.</p> <p>Contrairement aux craintes exprimées, cette étude montre que les informations complémentaires écrites sur les complications dans le cadre de la chirurgie cardiaque n'a pas provoqué une anxiété, de dépression ou de détresse subjective, telle que mesurée par l'échelle de l'anxiété et de la dépression à l'hôpital (Hospital Anxiety and Depression Scale) et l'échelle de l'impact de l'événement (Impact of Event Scale).</p> <p>De plus, les patients du groupe intervention ont été significativement plus satisfaits que les patients du groupe contrôle avec tous les aspects de l'information. Ils étaient plus conscients de la possibilité d'appeler l'infirmière à la clinique (même si ils l'ont fait moins souvent), et ils ont plus expérimentés le fait de discuter de leur maladie et des méthodes de traitement avec leur chirurgien. Après l'introduction de l'information étendue, les chirurgiens cardiaques ont constaté qu'ils ont rencontré des patients beaucoup mieux préparés, conduisant à des discussions plus utiles avant l'opération. Les avis et les attitudes négatives à l'égard du contenu des informations étendues ont cessé.</p> <p>Dans la présente étude, 89% des patients dans le groupe intervention et 68% dans le groupe témoin étaient au courant de leur droit à l'information sur le traitement, les résultats attendus et les risques de complications. Le 69% des patients</p>

	<p>du groupe contrôle et le 72% du groupe intervention souhaitait recevoir des informations sur les risques.</p> <p>Une hypothèse peut être émise que les patients sont mieux informés aujourd'hui, tant par le personnel de soins de santé et par des moyens à large accès à tous les types d'informations sur Internet. Selon Degner &amp; Sloan, il est bien établi qu'aujourd'hui les patients veulent être associés aux décisions concernant leurs soins (1992). Pourtant, il est possible que nous donnons au patient une information adéquate sur le traitement, mais en ne mentionnant pas le risque de complications, avec l'intention d'avoir un patient calme et satisfait. Un problème évident de cette approche est que si des complications surviennent, elles provoqueront plus de choc pour les patients et leurs proches que s'ils avaient été informés des risques à l'avance.</p> <p>Les patients de l'étude faisant parti du groupe intervention ont savaient mieux qu'ils pouvaient discuter des méthodes alternatives de traitement avec leur médecin que les patients du groupe témoin. Mais les patients plus jeunes faisant parti du groupe d'intervention ont été moins satisfaits en postopératoire de l'information oral sur les complications rares que les patients plus âgés. Cette constatation est en accord avec les résultats de Lonesdale &amp; Hutchison (1991) ainsi que ceux de Farnill &amp; Inglis (1994), qui ont rapportés que les patients plus jeunes souhaitent en savoir plus sur les complications que les patients âgés. Cela peut indiquer que les patients plus jeunes veulent jouer un rôle plus actif dans leurs soins que les patients plus âgés. Que les patients plus jeunes sont plus disposés à discuter des risques par rapport aux patients âgés n'a pas été le sujet de cette. Indépendamment de l'âge, il est connu que le risque individuel varie en fonction de la gravité de l'état, du mode de traitement, et de la comorbidité.</p> <p>Avant l'opération, les patients du groupe intervention ont été significativement plus satisfaits avec tous les aspects de l'information que les patients du groupe témoin. Plus de patients du groupe intervention ont également exprimé qu'ils avaient une très bonne possibilité de discuter de l'information sur les risques avec leurs proches. Cela a également été montré dans l'étude d'Edwards (1990), où les patients en période préopératoire ont reçu une brochure d'information sur les complications. Il a été constaté que les patients qui ont reçu la brochure étaient significativement plus satisfaits que les patients qui n'en avaient pas reçu. Cette même étude a également montré que les brochures ont été lues par les patients et leurs proches environ cinq fois avant la chirurgie. Les proches jouent un rôle crucial pour les patients en attente d'une chirurgie cardiaque. Il a été démontré qu'ils éprouvent un soutien quand ils reçoivent des informations et une attention, et ils sont impliqués dans les soins.</p> <p>Même si une différence significative n'a pu être détectée entre les groupes concernant les symptômes d'anxiété, de dépression et de détresse dans cette étude, il a été constaté que les femmes en particulier ont besoin de soutien et d'encouragement du personnel soignant, aussi bien avant et après la chirurgie. Il est vrai que Bengtson, Karlsson &amp; Herlitz (2000), ont signalés plus de réactions nerveuses chez les hommes en attente d'une revascularisation coronarienne, par rapport aux femmes mais elles étaient plus souvent traitées avec des diurétiques et elles ont montré une fréquence plus élevée de divers symptômes cardiovasculaires, y compris des douleurs thoraciques, de la dyspnée</p>
--	--

	<p>et plus de troubles du sommeil.</p> <p>Dans cette étude, les femmes du groupe témoin dans la présente étude étaient significativement beaucoup moins intéressées à recevoir des informations, mais dans le groupe intervention, les femmes ont téléphoné à l'infirmière beaucoup plus souvent que les hommes. Cependant, dans l'étude de Bengtson, Herlitz, Karlsson &amp; Hjalmarson (1996), il a été démontré, indépendamment du sexe, que l'incertitude sur l'avenir et la peur ont été vécues comme les principaux symptômes perturbateurs par les patients en attente de chirurgie cardiaque.</p> <p>La présente étude n'a pas étudié le meilleur moment pour les patients de recevoir des informations sur les risques, mais le besoin d'informations commence lorsque débute la maladie et la maladie ne démarre pas lorsque le patient rencontre le personnel soignant à l'hôpital (Morse &amp; Johnson, 1991). Transmettre simplement de l'information écrite aux patients n'est pas suffisant. Une solution consiste à mettre en place des sites web d'éducation au patient avec un accès facile à des infirmières expérimentées ou d'autres professionnels de la santé. La communication personnalisée peut être organisée en fournissant aux patients des mots de passe personnels vers des sites web interactifs, par e-mail, courrier ou téléphone. Un programme d'information, des conseils préopératoires et du soutien pourrait également être inclus et dirigée par une infirmière en pré-admission. L'infirmière pourrait détecter et prendre en charge des problèmes et, en cas de besoin, la diriger la personne vers divers autres spécialistes. Une étude antérieure, celle de Scherrer-Bannerman, Fofonoff, Minshall, Downie, Brown, McGowan &amp; Leslie (2000), a montré que l'éducation dirigée par des infirmières sur le Web et un soutien par e-mail, ont été utiles aux patients en attente pour une chirurgie cardiaque. Une autre étude a souligné les avantages d'un système d'information sur le Web pour les patients en attente d'une chirurgie cardiaque (Hassling, Babic, Lönn &amp; Casimir-Ahn, 2003).</p> <p><b>2 limites de l'étude</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients de cette étude n'étaient pas randomisés. La raison est qu'il serait difficile de mélanger les patients du groupe contrôle et intervention dans le même endroit au même moment, parce que les patients se rencontrent et discutent de l'information leur ont été donnés les uns aux autres. Une autre possibilité aurait été d'utiliser une salle pour le groupe témoin et un pour le groupe d'intervention. Toutefois, comme il y aurait différents chirurgiens en charge dans les deux salles, cette stratégie n'aurait pas été optimale. Les deux infirmières expérimentées qui ont répondu à tous les appels téléphoniques des patients étaient les mêmes, de même que tous les chirurgiens et la plupart des infirmières dans les salles où les groupes contrôle et intervention ont été étudié. Les patients ne connaissaient pas que l'intention de l'étude était d'étudier la réponse à différents types d'information. Les deux groupes ont reçu des questionnaires identiques, mais des informations différentes.</li> <li>- Une autre limitation de l'étude pourrait être la généralisation à d'autres pays. Certains pays ont des lois régissant les droits des patients à l'information non seulement sur le traitement et les soins, mais aussi les risques potentiels, et ils exigent une vérification du consentement sous la forme d'une signature du patient. En Suède, il n'existe pas</li> </ul>
--	---

	<p>de loi. En outre, les informations écrites étendues n'étaient pas adaptées pour les groupes minoritaires, par exemple les personnes souffrant de dyslexie ou d'un handicap visuel, et ceux qui ne peuvent lire le suédois.</p> <p>En résumé, le risque de complications en rapport à la chirurgie cardiaque n'est pas négligeable et la compréhension de ces risques est liée à l'information fournie au patient avant la chirurgie. Fourniture d'informations complémentaires décrivant la plupart des complications possibles n'a pas eu d'effets négatifs sur les patients. Les patients recevant les informations étendues étaient plus satisfaits et expérimenté la possibilité de discuter de méthodes alternatives de traitement avec le chirurgien. Les organisations de soins doivent fournir aux patients des informations détaillées sur leur maladie et les différentes méthodes de traitement possibles, y compris des informations sur le risque de complications. Il doit aussi être possible pour les patients de choisir de ne pas avoir cette information. Si les patients et leurs proches sont bien informés, ceci peut constituer la base d'entretiens fructueux entre eux et les professionnels de la santé, et ils peuvent être mieux préparés si des complications surviennent. Depuis que cette étude est achevée, les informations étendues sont envoyées à tous les patients en attente pour une chirurgie cardiaque.</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p>Pas en préopératoire immédiat car questionnaire envoyé à la maison avant l'intervention (état émotionnel de la semaine précédente). Les mesures ont été prises 10-14 jours avant l'opération</p> <p>Mais donne des données importantes sur les informations que l'on peut donner au patient sans craindre de l'effrayer plus. Les patients sont mieux préparés dans le cas où une complication survient. Ceci est bénéfique pour lui et pour ses proches.</p> <p>Pour discussion :</p> <p>hypothèse que l'information donnée 10-14 jours avant l'opération permette au patient d'avoir encore quelques jours devant eux pour se préparer. Pas comme en préopératoire immédiat.</p> <p>Pas de différences significatives entre les groupes.</p> <p>Nature potentiellement effrayante ne l'est pas.</p>



<b>N°</b>	<b>4</b>
<b>Auteurs</b>	Mats Sjöling, Gunnar Nordahl, Niclas Olofsson, Kenneth Asplund
<b>Titre de la recherche</b>	<b>The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management</b>
<b>Journal</b>	Patient Education and Counseling
<b>Année de publication</b>	2003
<b>Pays</b>	Suède
<b>Question de recherche/ hypothèses/ Objectifs</b>	<p>L'objectif principal de cette étude était de vérifier si l'information spécifique donnée avant la chirurgie peut aider les patients à obtenir un meilleur soulagement de la douleur après une arthroplastie totale du genou (PTG) et influencer le nombre d'analgésiques consommés après l'opération. Les objectifs secondaires étaient d'étudier l'impact de l'information préopératoire sur l'anxiété état et l'anxiété trait, la satisfaction avec la gestion de la douleur et la satisfaction à l'égard des soins infirmiers.</p> <p><b>Pour l'objectif principal de l'étude</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les auteurs ont écrit que dans la littérature, il y a des résultats contradictoires par rapport à l'influence de l'information préopératoire sur la douleur postopératoire. L'étude d'Egbert, Battit, Welch &amp; Bartlett (1964) a rapporté que le groupe intervention qui a reçu des informations sur la douleur et le rétablissement (guérison, convalescence) postopératoire a eu moins besoin d'analgésiques et avait une hospitalisation plus courte que le groupe témoin. D'autres rapports indiquent que l'information peut sensibiliser le patient à ressentir plus de douleurs (Langer, Janis &amp; Wolfer, 1975 et Scott, Clum &amp; Peoples, 1983).</li> </ul> <p>Théorie utilisée pour guider les interventions qui soutiennent les capacités du patient, par rapport à l'objectif principal de l'étude :</p> <p>La théorie de soins infirmiers du déficit d'auto-soins (« self care deficit ») voit les « soins auto-administrés » comme les soins que les gens nécessitent tous les jours. La théorie dit que les gens ont une capacité d'auto-soins. Parfois, les déficiences liées à la santé peuvent gêner. Les interventions de soins infirmiers dans ces cas peuvent être nécessaires</p>

	<p>pour soutenir ou promouvoir les capacités de la personne individuelle. La théorie d'Orem fournit des lignes directrices pour concevoir des interventions de soins infirmiers tels que l'information avant la chirurgie, qui fait partie des systèmes de soins de soutien-éducative.</p> <p><b>Pour les objectifs secondaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'anxiété préopératoire a été perçue comme pouvant influencer les patients à vivre plus de douleur après la chirurgie (Schwarz-Barcott, Fortin &amp; Kim, 1993 et Gammon &amp; Mulholland, 1996). L'information préopératoire est considérée comme un outil important pour aider les patients à réduire l'anxiété associée à la chirurgie (Scott, Clum &amp; Peoples, 1983 et Schwarz-Barcott, Fortin &amp; Kim, 1993 et Gammon &amp; Mulholland, 1996). Les patients demandent souvent des informations sur les facteurs liés à l'anxiété comme la douleur postopératoire et les symptômes postopératoires (Lithner &amp; Zilling, 2000).</li> <li>- Ley (1985, 1988) a décrit que les patients ont souvent du mal à comprendre et à mémoriser des informations qu'ils ont reçus. Il soutient que ces aspects ont un effet sur la satisfaction des patients au traitement et aux soins. Des études ont également présenté des résultats qui indiquent que l'expérience de la douleur des patients ne joue pas un rôle crucial dans la détermination des niveaux de satisfaction du traitement de la douleur ou des soins infirmiers (Sjöling &amp; Nordahl, 1998 et Ward &amp; Gordon, 1994 et Gaston-Johansson, 1998). La douleur ne semble pas être un facteur important en lien avec la satisfaction de gestion de la douleur postopératoire. De nombreuses études ont montré la nécessité d'approfondir les recherches sur l'influence de l'information préopératoire sur la douleur postopératoire (Copp, 1990 et Jamison, Ross, Hoopman, Griffin, Levy, Daly &amp; Schaffer, 1997)</li> </ul> <p>Il est démontré que l'information fournie de façon à encourager les patients à verbaliser leur douleur au personnel à un stade précoce, peuvent les amener à prendre une part plus active dans le traitement postopératoire. Un but de la présente étude, était de permettre à chaque patient de prendre le contrôle de la situation et d'être en mesure de prévenir les pics de douleur, soit pour soutenir les stratégies de coping des patients.</p>
<b>Population échantillon</b>	<p>Les auteurs ont décidé d'utiliser 60 sujets randomisés dans deux groupes de 30 personnes (groupe témoin et groupe intervention).</p> <p><b>Critères d'inclusion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnostic d'arthrose comme raison pour l'opération</li> <li>- prévu pour PTG à l'unité orthopédique à l'Hôpital Sundsvall</li> <li>- &gt; ou = à 50 ans</li> <li>- orienté mentalement et être en mesure de comprendre les questionnaires</li> <li>- consentement éclairé</li> </ul>

	<p><b>Critères d'exclusion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la polyarthrite rhumatoïde</li> <li>- l'état confusionnel postopératoire.</li> </ul> <p>En tout, 67 patients ont été invités à participer à l'étude. cinq ont refusé et deux autres patients ont développé un état confusionnel postopératoire. 60 personnes ont donc fait parti de l'étude. L'âge moyen des patients était de 71 ans (égal dans les deux groupes), allant de 54 à 86 ans. Le pourcentage d'hommes (40%) et femmes (60%) était le même dans les deux groupes.</p> <p>Tous les patients avaient une PCA en postopératoire (analgésie postopératoire contrôlée par le patient). Deux patients dans le groupe intervention et un dans le groupe témoin ont été exclus de l'analyse de l'utilisation d'analgésiques en postopératoire, en raison de leur utilisation nettement plus élevée d'opioïdes, ce qui aurait conduit à des perturbations dans les données.</p> <p>En moyenne, six auto-évaluations par jour ont été effectuées sur chaque patient. Tout au plus, il pourrait y avoir quatre évaluations sur le jour de l'opération et huit évaluations par jour les jours suivants. Donc, au maximum 28 évaluations par patient pour toute la période postopératoire. En moyenne, 23 évaluations ont été enregistrées pour chaque patient, ce qui signifie qu'environ 18% des évaluations ont été absentes de l'analyse.</p>
<b>Mots-clés / Devis / Aspects éthiques</b>	<p>Postoperative pain; Information; Anxiety; Pain assessment. (La douleur postopératoire, l'information, l'anxiété, évaluation de la douleur) / expérimental, devis post-test avec groupe contrôle / Le comité d'éthique de l'université d'Umeå a approuvé l'étude</p>
<b>Méthodologie</b>	<p><b>Information pour les 2 groupes</b></p> <p>L'information a été donnée le jour avant la chirurgie ou, dans certains cas, 4 jours avant l'opération, pour des raisons pratiques. Elle a été présentée de façon positive afin de ne pas rendre les patients plus inquiets pour leur chirurgie, mais pour qu'ils soient mieux préparés à quoi s'attendre. Le même enquêteur a informé tous les patients dans les deux groupes (intervention et contrôle) afin de s'assurer que l'information orale qu'ils ont reçu était cohérente et ne varie pas au sein de chaque groupe. Tous les patients ont été informés en privé. La procédure d'information a pris 20 - 40 minutes pour les deux groupes. Les variations de temps dépendaient du nombre de questions posées aux patients. L'enquêteur a aidé les patients avec une mauvaise vue et leur, et leur a lu les informations écrites à haute voix.</p> <p>Les deux groupes ont reçu des informations de routine (verbalement et dans une brochure). L'information de routine était de nature procédurale, par exemple, ce qui se passe avant la chirurgie, les échantillons de sang, l'électrocardiogramme et qui ils rencontreraient pendant la journée (infirmières, anesthésiste, kinésithérapeute, etc).</p>

	<p>L'échelle visuelle analogique (EVA) leur a été démontrée et ils ont appris à indiquer leur niveau d'expérience de la douleur. La version de l'échelle de la douleur qui a été utilisée est une règle en plastique marquée d'une ligne de 10 cm avec <i>sans douleur</i> et la <i>pire douleur imaginable</i> aux extrémités de celle-ci. Les patients ont été informés que les infirmières viendront vers eux toutes les 3 heures après l'opération et leur demanderont d'indiquer leur niveau de douleur sur la règle EVA. Cette information est considérée comme synonyme de ce qui est normalement donné par le personnel du service aux patients.</p> <p><b>Information au groupe intervention</b></p> <p>En plus de l'information de routine, le groupe intervention ont reçu une information spécifique (orale et dans une brochure). Le contenu a été basée sur une revue de la littérature et l'expérience personnelle des soins infirmiers en orthopédie (Manyande, Berg, Gettins, Stanford, Mazhero, Marks &amp; Salmon, 1995 et Salmon, 1993 et Owen, McMillan &amp; Rogowski, 1990 et Hayward, 1975). Cela a été combiné avec le concept d'Orem qui a fourni des lignes directrices sur la façon de mettre en œuvre pratiquement les informations préalables à la chirurgie. L'information spécifique a souligné le propre rôle du patient dans la gestion de la douleur en essayant d'améliorer les connaissances dans de nombreux domaines importants pour leur propre bien-être. Ils ont été fortement encouragés à être actifs dans leur propre traitement, c'est-à-dire d'informer le personnel à un stade précoce lorsque leur douleur est revenue, afin de recevoir un traitement et d'éviter les pics de douleur. D'autres notions incluses dans les informations spécifiques ont été associées aux avantages d'une douleur postopératoire bien traitée (plus courte période d'hospitalisation et de meilleurs résultats à long terme de la chirurgie), ainsi que les risques associés à haut niveau de douleur postopératoire. Les auteurs de cette étude leur ont dit que la physiothérapie est cruciale, capitale pour leur récupération. S'ils ressentent de la douleur lors des exercices, il est beaucoup plus difficile de progresser, car cela limite leur capacité à exercer, avec un risque de complications. Ils ont été informés qu'il est plus facile de prévenir la douleur que de la traiter. Il est donc préférable de prendre des analgésiques d'office (paracétamol), ou d'en demander avant la mobilisation et l'exercice, même si à ce moment là ils ne ressentent pas de douleur. Ils ont également été encouragés à poser des questions sur la gestion de la douleur et sur le séjour à l'hôpital.</p> <p><b>Questionnaires</b></p> <p>La procédure de l'étude comprenait deux questionnaires pour le groupe traitement et le groupe contrôle. Un questionnaire avant la chirurgie et l'autre 7 à 8 jours après l'opération. En plus des questions démographiques, le questionnaire préopératoire comprenait des questions sur l'anxiété état et l'anxiété trait, le besoin général de contrôle des situations et le besoin de contrôler l'antalgie, à l'aide d'une échelle de Likert. Pour permettre les comparaisons avec d'autres études, les questions concernant l'anxiété trait et le contrôle ont été copiées à partir d'une étude de Perry, Parker, White &amp; Clifford (1994). Dans le deuxième questionnaire, les questions concernant l'anxiété et le contrôle ont été remplacées par des questions sur la satisfaction à propos des soins infirmiers et de la satisfaction du</p>
--	---

	<p>traitement/gestion de la douleur.</p> <p><b>Mesures</b></p> <p>Les mesures de la douleur ont été faites toutes les 3 h pour les 3 premiers jours après l'opération en utilisant l'EVA. Les évaluations ont été faites avec l'assistance de l'infirmière. Les infirmières ont reçu l'ordre de ne pas réveiller les patients qui dormaient. Les EVA ont poursuivi jusqu'à 3 jours ou jusqu'à l'EVA était à un score &lt;4 sur plus de trois évaluations au cours de la journée. Ceci a été choisi selon une étude antérieure dans laquelle il a été prouvé que la douleur atteint un niveau acceptable dans les 72 h après la chirurgie (Sjöling &amp; Nordahl, 1998).</p> <p>Les premières mesures efficaces pour déterminer les différences entre les deux groupes ont été :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'expérience de la douleur postopératoire est mesurée par un index/répertoire basé sur les valeurs extrêmes obtenues à partir des EVA répétées (toutes les 3 h) après la chirurgie. La douleur postopératoire a été illustrée par deux mesures: tout d'abord un répertoire de la douleur quotidienne, où la valeur a été calculée comme la moyenne des trois meilleurs scores EVA chaque jour après l'opération (du 1<sup>er</sup> jour de la chirurgie au 3<sup>ème</sup>) et, d'autre part, un répertoire de la douleur globale pour mesurer les pires expériences de la douleur pendant l'ensemble de la période postopératoire calculé comme la moyenne des trois valeurs les plus élevées connu pendant toute la période (du 1<sup>er</sup> jour de la chirurgie au 3<sup>ème</sup>).</li> <li>- Le nombre de doses analgésiques et la quantité (mg) d'analgésiques équivalent aux morphiniques sont analysés pour chaque jour suivant la chirurgie, ainsi que pour toute la période postopératoire (du 1<sup>er</sup> jour de la chirurgie au 3<sup>ème</sup>). La transformation de l'équivalence de la morphine a été faite conformément à l'Agence américaine pour la politique de santé et de recommandations sur les recherches (Agency for Health Care Policy and Research's recommendations).</li> <li>- La durée d'hospitalisation a été définie comme le nombre de jours à l'hôpital, en commençant par le jour avant la chirurgie.</li> </ul> <p><b>« Aveuglement »</b></p> <p>Le personnel travaillant dans l'unité orthopédique était conscient que les patients participaient à une étude portant sur l'expérience de la douleur postopératoire et ils savaient que l'enquêteur avait parlé de la douleur avec les patients. Ils n'ont pas été informés que les patients ont été divisés en deux groupes et ont participé à une étude d'intervention (expérimentale)</p> <p><b>Méthodes statistiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le test de Mann-Whitney (également utilisé lorsque l'on compare le nombre de doses analgésiques)</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le test du chi carré (<math>w^2</math>) et</li> <li>- la corrélation de Spearman</li> <li>- Les doses moyennes (équivalence en quantité de morphine) ont été analysées avec des t-tests</li> <li>- Dans les tableaux et figures, seules les valeurs P exactes sont affichées, sinon le niveau d'importance est indiqué. Les différences sont considérées comme étant statistiquement significative si la valeur P est inférieure à 0,05</li> <li>- L'écart type estimé est abrégé en S.D</li> <li>- Quand il est dit qu'il n'y avait pas de différence, cela signifie qu'aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée</li> <li>- Le traitement de la douleur planifié (PCA) a été traité comme une variable de base dans l'analyse</li> <li>- Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 10.1.</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<p><b>L'état d'anxiété et du caractère, influençant la douleur postopératoire</b></p> <p>Il n'y a aucune différence entre les deux groupes en termes de contrôle des situations (en général), de contrôle de l'analgésie ou d'anxiété trait. Le groupe intervention avait un niveau statistiquement significatif plus faible d'anxiété état (<math>P=0.009</math>). Aucune corrélation n'existe quand il s'agit de l'expérience de la douleur, des analgésiques ou de la période d'hospitalisation par rapport à l'anxiété état et trait dans le group intervention ou le groupe contrôle.</p> <p><b>Les autres résultats de l'étude ne sont pas décrits car ils ne sont pas en lien avec ma question de recherche.</b></p> <p>Schéma de base de traitement antalgique</p> <p>Soulagement de la douleur</p> <p>L'information sur influent sur la quantité et / ou le nombre de prises analgésiques après une intervention chirurgicale?</p> <p>La durée d'hospitalisation</p> <p><b>La satisfaction des patients</b></p>
<b>Discussion</b>	<p><b>Partie ne concernant pas ma question de recherche :</b></p> <p>Dans cette étude, le groupe intervention et le groupe contrôle étaient égaux en termes de caractéristiques démographiques (sexe, âge), ainsi que la manière pré-et postopératoire par rapport au traitement antalgique (PCA).</p>

	<p>Dans cette étude, les auteurs sont incapables de démontrer les différences entre les groupes en ce qui concerne les valeurs réelles d'EVA. Ils sont toutefois convaincus que les informations spécifiques ont eu une influence sur l'expérience de la douleur postopératoire dans le groupe de traitement. Plusieurs constatations appuient cette affirmation. Le groupe de traitement a un nombre significativement plus petit d'évaluations de la douleur enregistré au total que le groupe contrôle. Cette différence est plus apparente sur le 3<sup>ème</sup> jour. Les EVA ont cessé à un stade plus précoce dans le groupe intervention que dans le groupe témoin, ce qui indique probablement qu'ils avaient moins de douleur.</p> <p><b>Concernant l'anxiété :</b></p> <p>L'information spécifique a réussi à réduire l'anxiété état préopératoire chez les patients du groupe de traitement. Les auteurs n'ont pas été en mesure de démontrer que leur diminution d'anxiété a une incidence directe sur l'expérience de la douleur postopératoire. L'anxiété et le sentiment de contrôle sont censés influencer sur l'expérience de la douleur postopératoire selon les études de et de Scott &amp; Clum, 1983 et Manyande, Berg, Gettins, Stanford, Mazhero, Marks &amp; Salmon, 1995 et Salmon, 1993, mais aucune différence n'a été révélée dans la présente étude.</p> <p>La partie du questionnaire préopératoire portant sur l'anxiété a été reproduite à partir d'une étude réalisée par Perry, Parker, White &amp; Clifford (1994). Il est possible qu'aucunes corrélations entre l'anxiété, le contrôle et la douleur n'existent. Cela pourrait être à cause des questions qui n'étaient pas adaptées aux conditions actuelles. Les questions ont également suscité des interrogations sur leur validité, étant donné que certains patients avaient des difficultés à comprendre et à répondre aux questions.</p> <p>La méthodologie de cette étude a bien fonctionné. Il y a des valeurs manquantes dans les mesures de l'EVA après la chirurgie, mais elles sont dues à la conception de l'étude qui a permis aux patients de continuer à dormir s'ils étaient endormis, et qui a permis l'abandon des évaluations de la douleur lorsque le score était inférieur à quatre à plus de trois reprises au cours de la journée.</p> <p><b>Conclusion :</b></p> <p>Les résultats de cette étude suggèrent que les informations telles que testées ici influencent l'expérience de la douleur après la chirurgie et en lien avec les facteurs psychologiques. La douleur postopératoire a diminué plus rapidement pour les patients dans le groupe de traitement, le degré d'anxiété état préopératoire était plus faible et les patients de ce groupe étaient plus satisfaits de la gestion de la douleur postopératoire. Ces résultats indiquent qu'il est raisonnable de conclure que l'information spécifique soutient les patients dans leurs capacités « d'auto-soins » dans l'ensemble d'une manière positive.</p>
--	---

	<p><b>Implications pour la pratique :</b></p> <p>Les informations contenues dans cette étude ont été conçues du point de vue de ce que le personnel soignant pense important de savoir pour le patient. Cela soulève la question de ce que les patients veulent savoir et s'ils ont des suggestions sur ce que nous pouvons faire pour améliorer le processus d'information.</p> <p>Une question par rapport à la pertinence de cette étude est le temps et la quantité d'information donnée aux patients avant l'opération. L'étude de Lepczyk, Raleigh &amp; Rowley (1990) a conclu que le moment est de moindre importance.</p> <p>Une autre question qui doit être posée est de savoir de combien d'informations les patients peuvent bénéficier et de combien d'informations ils se souviennent. Sur le site où cette étude a été réalisée, les patients rencontrent une variété de professionnels (médecins, infirmières, physiothérapeutes, infirmières assistantes, anesthésiste et infirmière de bloc opératoire) le jour de l'admission et tous ont fourni des renseignements sur la procédure chirurgicale et d'autres données liées à leur hospitalisation. De plus, les auteurs ont fourni des informations spécifiques conformément aux objectifs de l'étude. La quantité d'informations est vaste et la personne ne se souvient sans doute que d'une fraction de toutes les informations qu'on lui donne.</p> <p>Les moyens d'amélioration pourraient inclure la simplification et des déclarations spécifiques plutôt que de donner des informations générales (Ley, 1988). Des moyens supplémentaires sont la combinaison de l'information verbale et écrite, ainsi que les répétitions (Ley, 1979).</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p>Se référer aux résultats d'un des objectifs secondaires de l'étude.</p> <p>L'info spécifique a permis de diminuer l'anxiété du patient.</p> <p>Attention aux limites de l'étude</p> <p>Recommandations intéressantes</p>



<b>N°</b>	<b>5</b>
<b>Auteurs</b>	Xavier Ayral, Claudine Gicquere, Annie Duhalde, Denis Boucheny and Maxime Dougados
<b>Titre de la recherche</b>	<b>Effects of Video Information on Preoperative Anxiety Level and Tolerability of Joint Lavage in Knee Osteoarthritis</b>
<b>Journal</b>	Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)
<b>Année de publication</b>	2002
<b>Pays</b>	France
<b>Question de recherche/ hypothèses/ Objectifs</b>	<p>L'arthrose du genou est courante et elle est une cause fréquente de douleurs et d'incapacités. Les résultats de plusieurs études prospectives ont suggéré que le lavage articulaire, (couramment pratiqué sous anesthésie locale en utilisant une ou deux techniques peut être bénéfique et peut soulager les symptômes tels que douleur de l'arthrose du genou. Toutefois, un lavage articulaire est une procédure invasive qui peut être stressante et douloureuse.</p> <p>Fournir des informations avant une intervention médicale ou chirurgicale s'est avérée pour réduire l'anxiété dans des situations comme la coloscopie, le cathétérisme cardiaque, la chirurgie dentaire, la radiothérapie, et la scintigraphie osseuse. Cependant, le moyen idéal de fournir des informations préopératoire n'est pas encore clair. L'information verbale donnée par le clinicien est la méthode la plus courante. L'utilisation d'autres supports, telle que l'information écrite, les descriptions verbales brèves ou détaillées, les brochures, les cassettes audio, ou les bandes vidéo, ont été proposés. Dans une étude expérimentale évaluant l'information avant la coloscopie, l'utilisation seule d'une bande vidéo est significativement plus efficace pour réduire l'anxiété qu'une discussion avec le médecin, et a été aussi efficace que la vidéo accompagnée d'une discussion.</p> <p>L'effet de l'information sur la tolérance des procédures invasives n'a pas été étudié.</p> <p>L'objectif de cet essai (étude) était d'étudier l'impact de l'information vidéo sur l'anxiété préopératoire des patients devant subir un lavage articulaire pour l'arthrose du genou et la tolérance de la procédure de lavage.</p>

<b>Population échantillon</b>	112 patients ont été inclus et ont terminés l'étude. L'affectation aux groupes : « vidéo » ou « pas de vidéo » s'est faite par randomisation, avec 56 patients dans chaque groupe. Tous les patients atteints d'arthrose du genou étaient prévues pour le lavage du genou dans l'unité de jour de l'hôpital Cochin ont été considérés pour une inscription. Le lavage articulaire a été indiqué lors d'un contrôle insuffisant de la douleur et / ou de la persistance de l'épanchement articulaire chronique où les injections intra-articulaire de glucocorticoïdes, les exercices physiques, les analgésiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont échoués.
<b>Mots-clés / Devis / Aspects éthiques</b>	Lavage articulaire, arthrose, vidéo, information / expérimental / pas de notion d'éthique
<b>Méthodologie</b>	<p>Avant l'hospitalisation, les patients ont reçu une information verbale sur le lavage articulaire de leur propre rhumatologue. Cette information comprenait le fait qu'une étude antérieure menée dans notre département a montré que le lavage plus l'injection de corticoïdes on été supérieurs à l'injection de corticoïdes seule. À l'arrivée à l'unité de jour le jour de leur lavage, les patients ont été attribués, en utilisant une liste préétablie de la randomisation, au groupe vidéo ou au groupe sans vidéo. Tous les patients étaient dans une chambre individuelle de l'unité de jour en attendant leur intervention. Les patients attribués au groupe vidéo ont été invités à visionner la vidéo dans une salle spécifique.</p> <p>Le niveau d'anxiété de tous les patients entrant dans la salle d'opération a été mesuré sur une échelle visuelle analogique (EVA), où le 0 indique l'absence d'anxiété et le 100 l'anxiété la plus sévère. À la fin du lavage, alors que le patient était toujours allongé sur la table d'opération, la tolérance de la procédure a aussi été évaluée sur une échelle de 4 niveaux : très supportable, tolérable, difficilement tolérable, intolérable. Cette information a été recueillie par un observateur unique pour tous les patients, c'est à dire, l'infirmière qui travaille dans la salle d'opération. L'infirmière ne savait pas le groupe auquel le patient a été affecté. Toutefois, au cours de la procédure et / ou pendant le temps que l'infirmière a collecté les informations relatives à la mesure des résultats, le patient pouvait discuter des différents éléments qu'il ou elle avait vu pendant la vidéo.</p> <p>Informations sur la vidéo sur le lavage articulaire. Le film vidéo (durée : 4 minutes et 20 secondes) utilisé dans cette étude a été fait par des professionnels de la communication médicale, sur la base des recommandations du personnel médical et paramédical de l'Institut de rhumatologie. Un langage non médical a été utilisé pour expliquer brièvement les structures normales et arthrosiques de l'articulation du genou, les indications du lavage articulaire, ses modes d'action et son efficacité, avec une mention de la supériorité du lavage en plus de l'injection de corticoïdes par rapport à l'injection seule de corticoïdes. La procédure de lavage articulaire a été montrée en détail, y compris ses différentes étapes. La préparation du patient a été montrée, incluant le port du masque et du bonnet ainsi que le rasage du genou. Les conditions aseptiques ont été présentées, y compris le pansement stérile de l'opérateur, la désinfection de la peau du genou avec de l'iode, et le drap stérile sur le genou. Les procédures intra-articulaire ont été présentées, y compris arthrocentèse (ponction) du genou, l'évacuation de l'épanchement articulaire, l'anesthésie locale (lidocaïne à 1%) avec</p>

	<p>la mention de la possibilité de douleur pendant l'anesthésie, l'introduction de la deux canules, la connexion d'une canule (interne) à une perfusion contenant 1 litre de sérum physiologique stérile, l'évacuation de la solution saline par l'autre canule (latérale), l'injection de corticoïdes par une canule à la fin du lavage, et la fermeture de la plaie avec de la colle et un pansement stérile. Enfin, les soins postopératoires a été démontrés, y compris le repos au lit pendant 2 heures, l'autorisation de marcher par la suite, la durée d'hospitalisation (1 jour ou 1,5 jours), et l'amélioration clinique de départ au cours de la semaine après le lavage d'abord, avec la possibilité d'un effet de longue durée jusqu'à 1 an.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Les caractéristiques des patients et des cours d'études</p> <p>Il n'y avait aucune différence dans les caractéristiques de base (âge, sexe, lavage antérieur) entre les 2 groupes.</p> <p>L'Impact de la vidéo d'<b>informations</b></p> <p>L'anxiété préopératoire était moindre pour les patients qui avaient vu la vidéo, cette différence était statistiquement significative avec un score d'anxiété inférieure de moitié (<math>P=0.0056</math>).</p> <p>La tolérance du lavage du genou a également été significativement meilleure dans le groupe vidéo.</p> <p>Influence de l'<b>âge</b>, du sexe, et du lavage précédent</p> <p>Il y avait une corrélation négative statistiquement significative entre l'âge et l'anxiété dans les deux groupes. Le groupe avec vidéo (<math>P = 0,0058</math>), dans le groupe sans vidéo (<math>P = 0,0217</math>). Population totale (<math>P = 0,0007</math>). L'anxiété avant le lavage diminue quand l'âge augmente.</p> <p>Une tendance à mieux tolérer lavage a été constatée chez les patients âgés. L'âge moyen des patients qui ont considéré la procédure très tolérable est de 65ans +/- 15 ans et 60 +/- 15 ans pour ceux qui ont considéré le lavage tolérable.</p> <p>L'anxiété avant le lavage était significativement plus élevée chez les femmes que les hommes (<math>P=0,003</math>). A la différence, la tolérance du lavage articulaire n'a pas été influencée par le sexe. L'expérience antérieure du lavage articulaire n'a pas d'incidence sur les scores d'anxiété ou de tolérance.</p>
<b>Discussion</b>	<p>Cette étude confirme l'utilité de l'information vidéo avant une procédure invasive en rhumatologie. Elle suggère que cette information non seulement diminue le niveau d'anxiété préopératoire, mais peut également améliorer la tolérance de la procédure.</p>

	<p>Les études évaluant des traitements non pharmaceutiques sont plus difficiles à réaliser que celles qui évaluent l'utilisation de médicaments. Dans cette étude, les auteurs ont essayé de diminuer les biais potentiels à l'aide d'informations verbales identiques concernant les avantages potentiels du lavage pour tout le groupe de patients et à l'aide de la gestion identique des patients alors qu'ils étaient dans l'unité de jour. Cependant, les auteurs ne peuvent pas exclure un biais potentiel dû à la discussion qui a existé entre le patient et l'infirmière qui était chargée de collecter les résultats.</p> <p>Dans cette étude, le niveau d'anxiété et de la tolérance ont été évaluées en utilisant des outils simples comme une EVA pour l'anxiété et une échelle de Likert pour la tolérance. Les auteurs admettent qu'une juste mesure de l'anxiété état a de puissantes propriétés psychométriques (Appréciation qualitative et quantitative des capacités intellectuelles, des tendances psychique d'un individu). Néanmoins, les résultats obtenus dans cette étude proviennent d'une étude monocentrique (ayant un seul centre) l'aide d'un seul observateur. Ce devis donne à penser que l'information fournie au patient, ne tenant pas compte des significations multidimensionnelles de l'émotion, est probablement la plupart du temps liée au domaine «anxiété».</p> <p>Comme indiqué précédemment dans d'autres procédures médicales, la vidéo d'information diminue nettement l'anxiété préopératoire, mais cette étude souligne également l'impact bénéfique de l'information vidéo sur la tolérance de la procédure. En gastro-entérologie, l'étude de Morgan, Roufeil, Kaushik &amp; Basset (1998) a indiquée que la fourniture d'informations convenables réduit l'anxiété et les indices observés de la douleur dans la coloscopie.</p> <p>Les paramètres démographiques semblent affecter l'anxiété avant le lavage articulaire, avec une influence positive de l'âge plus élevé et une influence négative du sexe féminin. Néanmoins, l'influence bénéfique de l'âge n'a pas été trouvée dans l'étude de Luck, Pearson, Maddern &amp; Hewett (1999) sur l'anxiété avant la colonoscopie. Au contraire, plusieurs études ont souligné que les patientes ont le plus haut score d'anxiété. L'influence bénéfique de l'expérience antérieure de la procédure, clairement déterminé pour l'anxiété avant la colonoscopie, n'a pas été confirmée dans cette étude, mais l'expérience précédente d'un lavage articulaire est beaucoup moins fréquente qu'une coloscopie et ne peut pas être considéré comme un paramètre pertinent. Cette étude suggère que les jeunes femmes bénéficient probablement plus de la vidéo d'informations avant le lavage. Cependant, cette étude montre que la vidéo d'informations diminue l'anxiété préopératoire chez tous les patients.</p> <p>Des études randomisées (5,7 dans biblio) ont indiqué que la vidéo d'informations pourrait être plus efficace qu'une discussion personnelle avec le médecin, avec ou sans les informations écrites par l'intermédiaire d'une brochure. La vidéo semble fonctionner aussi bien pour diverses procédures médicales invasives, elle pourrait devenir un élément important de la préparation préopératoire, tout en établissant les bases d'une discussion plus personnalisée avec le patient. Les études futures devraient comparer les effets de la vidéo à d'autres techniques, comme la musique, la</p>
--	--

	relaxation, la méditation, etc.
<b>Commentaires personnels</b>	Donner de l'information au moyen d'une vidéo d'informations diminue l'anxiété préopératoire du patient.

<b>N°</b>	<b>6</b>
<b>Auteurs</b>	Christian Felley, Thomas V Perneger, Isabelle Goulet, Catherine Rouillard, Nadereh Azar-Pey, Gian Dorta, Antoine Hadengue et Jean-Louis Frossard
<b>Titre de la recherche</b>	<b>Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial</b>
<b>Journal</b>	BMC Gastroenterology
<b>Année de publication</b>	2008
<b>Pays</b>	Suisse
<b>Question de recherche/ hypothèses/ Objectifs</b>	<p><b>Contexte</b> : les auteurs écrivent : « On sait peu sur la façon la plus efficace de fournir des informations pertinentes aux patients devant subir une endoscopie »</p> <p>Des lignes directrices suggèrent que les patients devraient être informés sur 1) la nature de la procédure, 2) les risques liés à l'intervention, 3) les avantages de la procédure 4) les solutions alternatives à la procédure. Cependant, en pratique, l'information des patients est souvent insuffisante. Cela peut être en partie lié à d'éventuelles oppositions (à donner) à l'information étendue, vaste aux patients. Une objection est que le processus de consentement éclairé peut amoindrir la confiance entre le patient et les médecins. Une autre objection est que l'information peut augmenter inutilement l'anxiété du patient. En ce qui concerne cette donnée, des preuves limitées suggèrent que des informations détaillées ne soulèvent pas l'anxiété du patient avant l'anesthésie générale et n'augmente pas la peur du patient avant endoscopie gastro-intestinal. Les risques et les avantages de fournir des informations aux patients peuvent dépendre de plusieurs facteurs tels que: le moyen (information orale, brochure, vidéo), le niveau de détail, la manière de présenter des preuves (par exemple, le risque relatif ou absolu), la possibilité de poser des questions, le contexte culturel, et bien sûr les préférences individuelles des patients.</p> <p>Compte tenu de l'incertitude au sujet de la façon la plus efficace d'informer les patients, les auteurs ont mené une étude randomisée comparant les effets de brochures d'informations écrites, envoyées aux patients par la poste avant l'endoscopie digestive, avec les effets de la procédure standard utilisée dans les établissements de Suisse, qui se compose de informations verbales délivrées par le médecin du patient, sans directives précises. Les auteurs ont</p>

	ensuite évalué l'impact de ces procédures d'information sur les perceptions des patients sur la qualité des informations qu'ils ont reçues et sur leur niveau d'anxiété.
<b>Population échantillon</b>	<p>A Lausanne, 500 patients ont été randomisés provisoirement et 412 patients à Genève sur une période de trois mois. De ceux-ci, 66 (7,2%) patients n'ont pas été retenus compte tenu de la mauvaise santé, des barrières linguistiques, ou d'être inscrits dans une autre étude, 27 (3%) ont été retirés pour des raisons techniques et 101 (11,1%) ont annulé leur examen. Plus de patients dans le groupe des informations écrites ont annulé leur procédure ou ne se sont pas présenté, par rapport aux patients ayant reçu des informations orales. Parmi les 718 patients admissibles, 27 (3,8%) ont refusé de participer, 114 (15,9%) a omis de renvoyer leur questionnaire. 577 (80,4%) ont rempli toutes les procédures de l'étude. Les taux de participation ont été similaires dans les deux groupes.</p> <p>Parmi les participants, les groupes étaient similaires en termes de variables sociodémographiques, de type et de durée de la procédure, de prévalence des co-morbidités, de traitements, de type d'endoscopie.</p>
<b>Mots-clés / Devis / Aspects éthiques</b>	Pas de mots clés décrits / Expérimental / étude approuvée par la commission centrale d'éthique.
<b>Méthodologie</b>	<p><b>Méthode</b></p> <p>Les auteurs ont comparé la combinaison des informations écrites et orales données avant l'endoscopie avec seulement des informations orales fournies avant celle-ci. Dans le groupe des informations écrites et orales, les informations écrites concernant la procédure prévue ont été envoyées à chaque patient au moins une semaine avant la date prévue, alors que l'information orale a été donnée à la date prévue de l'intervention. Dans le groupe des informations orales, l'information a été donnée à la date prévue de l'intervention. L'information orale consistait des informations de routine non standardisées, (mais contient toutes les informations nécessaires pour comprendre les avantages et les risques de l'endoscopie) fournies par le médecin prescripteur avant la procédure et par le gastro-entérologue à la date prévue de la procédure. Chaque patient peut poser des questions et avoir une discussion sur le consentement oral le jour de la procédure. Les informations écrites contiennent toutes les informations standards qui sont régulièrement données aux patients: avantages et risques de la procédure endoscopique, le traitement des complications liées à l'endoscopie et la possibilité de recevoir des médicaments hypnotiques lors de l'endoscopie et les risques liés.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> tous les patients admissibles ont été prévus pour une endoscopie digestive élective (endoscopie digestive haute ou coloscopie) sur une période de trois mois qui a permis d'avoir au moins 800 patients. Chaque patient doit vivre en Suisse, comprendre la langue française et être en mesure de remplir le questionnaire de l'étude.</p>

	<p>Les patients hospitalisés et ambulatoires ont été inclus.</p> <p><b>Critères d'exclusion:</b> âge &lt;18 ans, la grossesse, les patients incapables de donner leur consentement et les patients qui avaient déjà subi une endoscopie au préalable.</p> <p>Randomisation entre l'information écrite et orale et de l'information orale seule a été effectuée au moment de la rencontre. La lettre a été envoyée au patient, avec ou sans la brochure d'informations écrites, une semaine avant l'endoscopie. Le consentement du patient à participer n'a été obtenu que lors de son arrivée à l'intervention endoscopique. Par conséquent, tous les patients ont signé un formulaire de consentement éclairé à leur arrivée.</p> <p><b>Variables de l'étude et collecte des données</b></p> <p>Les principales mesures de résultat ont été l'évaluation par le patient des divers aspects de l'information reçue sur la procédure que les auteurs ont défini comme des éléments de qualité de l'information (8 items) : les raisons de la procédure, les alternatives au traitements ou tests, comment se préparer à l'intervention, ce que le médecin fera lors de la procédure, les résultats et les avantages à attendre de la procédure, les risques et les complications possibles. Les réponses possibles étaient : pas d'information donnée (note 0), pauvre(1), juste/convenable (2), bonne (3), très bonne (4), et excellente (5).</p> <p>En outre, les patients ont évalué leur anxiété ressentie au moment de la procédure (entre zéro et forte : « none »/aucune, « very slight »/très légère, « slight »/légère, « moderate »/modérée, « strong »/forte), comment a été la tolérance de la procédure (entre très facile et très dur), leur douleur lors de la procédure (entre zéro et forte), si des problèmes de santé sont survenus à la suite de la procédure (aucun, mineur, modéré ou sévère), ainsi que la procédure dans son ensemble (entre mauvaise et excellente). Les patients ont également été invités à évaluer toute information écrite qu'ils ont reçu, en termes d'utilité (entre très utile et totalement inutile), de clarté (entre très claire et très difficile à comprendre), et si l'information fait se sentir anxieux ou rassuré. Les derniers items n'ont été pertinents que pour les patients du groupe de l'information écrite. Puis, les auteurs ont demandé à l'infirmière qui assistait le gastro-entérologue évaluer subjectivement le cours de l'endoscopie (bien toléré ou pas bien toléré).</p> <p>Les autres variables étaient : âge du patient, sexe, langue maternelle française, niveau de scolarité, le type de procédure (endoscopie digestive haute ou coloscopie), la durée de la procédure, prémédication, intervention complémentaire a été réalisée (biopsie, l'excision, dilatation), une première endoscopie, ambulatoires ou malades hospitalisés, co-morbidités sélectionnées (les maladies pulmonaires, l'obésité, traitement de l'hypertension et traitement par bêtabloquant).</p> <p>Tous les patients qui étaient disposés à participer à l'étude ont quitté l'unité d'endoscopie avec un questionnaire à</p>
--	--



	remplir dans les 24 heures et à renvoyer par courrier.
<b>Résultats</b>	<p><b>Patient évaluation globale de l'endoscopie</b></p> <p>Le fait d'avoir reçu des informations écrites avant la procédure n'a pas changé le niveau d'anxiété des patients (<math>P=0,66</math>), la tolérance de la procédure, la douleur ressentie et l'évaluation globale de la procédure par rapport à l'information orale. De plus, les infirmières ont noté que la procédure s'est bien passée pour 221 (79,5%) patients qui ont reçu des informations écrites, contre 239 (80,2%) patients dans le groupe d'information orale (<math>p=0,84</math>).</p> <p><b>L'évaluation des patients de la qualité de l'information</b> (pas en lien avec ma question de recherche)</p> <p>Les patients qui ont reçu des informations écrites ont évalué la qualité globale de l'information qu'ils ont reçu plus élevée que ceux les patients qui ont reçu seulement l'information orale. Les différences étaient statistiquement significatives pour les items : les informations sur la façon de se préparer à la procédure, les risques de la procédure, à quoi s'attendre après l'intervention, et pour le score global moyen d'informations reçues. De plus, les hommes, les patients plus jeunes et les patients hospitalisés étaient également plus satisfaits de l'information reçue que les femmes, les personnes âgées malades hospitalisés et que les patients ambulatoires.</p> <p><b>Évaluation des documents écrits</b></p> <p>Sur 278 répondants randomisés à l'information écrite, 255 (92,1%) a accusé réception d'un document écrit (lettre de nomination et de l'information écrite), contre 54 (18,1%) parmi les 299 répondants randomisés à l'information orale (lettre de nomination seulement).</p> <p>Les patients randomisés à l'information écrite ont également été interrogés sur leur perception de ces matériaux.</p> <p>Les patients ont évalué les informations très utiles (56,2%), plutôt utile (34,5%), ni utile, ni inutile (4,4%) plutôt inutile (4,4%), totalement inutile (0,4%). Ils ont également noté les informations très clair (60,3%), clair (33,7%), tout aussi clair et difficile (5,2%), assez difficile (0,4%), très difficile (0,4%). Enfin, ils ont considéré que l'information a fait se sentir très anxieux (2,3%), un peu anxieux (12,8%) ni anxieux, ni rassuré (33,5%), plutôt rassuré (37,4%), beaucoup plus rassuré (14%).</p>
<b>Discussion</b>	<p>Le consentement éclairé est une morale et une exigence éthique, mais il y a un large éventail de prescriptions légales concernant le consentement éclairé dans différents pays. En Allemagne, par exemple, tous les aspects de l'information (le contenu de la forme) sont réglementés en détail par les autorités judiciaires alors que dans d'autres pays européens, il n'existe aucune exigence juridique avant l'endoscopie. L'absence d'obligations légales telles ont conduit</p>

	<p>les auteurs à mener une étude visant à évaluer les effets de l'information écrite et orale avant l'endoscopie par rapport à l'information orale seule.</p> <p>L'anxiété avant l'endoscopie peut avoir des conséquences indésirables et peut accroître les besoins en sédation et en analgésiques. Informer les patients avant l'endoscopie gastro-intestinales peut réduire le niveau d'anxiété et donc améliorer la tolérance du patient lors de l'endoscopie. De plus, l'obtention du consentement éclairé des patients qui subissent une intervention médicale est d'un intérêt particulier pour le médecin, car l'impossibilité d'obtenir le consentement éclairé augmente le risque de poursuites pour faute professionnelle. Dans leur étude, les auteurs ont constaté que les patients se sentaient mieux informés s'ils avaient reçu une brochure explicative avant leur endoscopie que s'ils avaient seulement été informés verbalement que par leur médecin.</p> <p>L'anxiété est parfois avancée par les médecins comme une raison pour la rétention d'information aux patients. Les résultats de cette étude ne soutiennent cependant pas cette attitude. L'information écrite n'a pas augmenté le niveau d'anxiété du patient avant l'endoscopie. Cela a également été suggéré dans des études antérieures. Un rapport en Norvège a même montré que les patients étaient plus intéressés par des informations potentiellement alarmantes, comme les complications, que pour les aspects techniques des procédures endoscopiques. Toutefois, un document décrivant les risques d'une procédure ne peut être totalement rassurant. En fait, les auteurs ont compté plus d'annulations chez les patients du groupe d'information écrite. Deux explications possibles devraient être envisagées :</p> <p>La première est que certains patients ont été inquiets par l'information écrite, assez pour les conduire à annuler une intervention bénéfique.</p> <p>La seconde est que les annulations reflètent réellement des prises de décision éclairée; certains patients, lorsqu'ils ont reçus des informations pertinentes, ont décidé que les risques ne valaient pas les bénéfices escomptés.</p> <p>Les patients du groupe d'informations écrites ont été beaucoup plus satisfaits de l'information reçue concernant les risques. Globalement, ces résultats suggèrent que des informations détaillées sur une procédure endoscopique, y compris des informations sur les risques, sont généralement perçues comme utiles par les patients. Ces informations n'augmentent pas les niveaux d'anxiété chez les patients qui sont d'accord avec la procédure.</p> <p>Il y a des lacunes dans la structure de l'information spontanément offerts par les médecins à leurs patients. Par exemple, lorsque les médecins discutent de décisions cliniques de routine avec les patients, ils décrivent souvent la nature de leurs décisions, mais rarement des alternatives ou les risques et avantages de chaque option. Même si la brochure écrite a été bien acceptée par la plupart des patients de l'étude, une minorité d'entre eux trouvent que le document écrit a été inutile ou difficile à comprendre. Des études antérieures ont montré que les formulaires de consentement éclairé sont souvent trop complexes pour le patient en moyenne (10, 11). Dans une étude évaluant les</p>
--	---

	<p>formulaire de consentement utilisés dans la pratique en radiologie, les auteurs ont constaté que les formes les plus difficiles à lire sont celles écrites par les administrations hospitalières. Ils suggèrent que les médecins devraient être impliqués dans la préparation de ces formulaires. Une autre étude a souligné la complexité et l'inadéquation des formes chirurgicale (10). Le temps de l'information est également important. Une étude antérieure a montré que seulement 54% des patients avaient lu un formulaire de consentement donné immédiatement avant l'endoscopie (12). En revanche, lorsque la feuille de renseignements a été envoyée deux à quatre semaines avant l'endoscopie 95% des patients l'avaient lue (12). Les auteurs d'une étude décrivent la satisfaction des patients avec des formes d'information et de consentement envoyées par courrier (13). Ces études montrent que les patients devraient être autorisés à lire les informations à la maison et d'en discuter avec d'autres. Une étude (14) a démontré que les patients préféraient les vidéos, suivie d'une discussion avec le médecin. Une autre recherche (15) ont également démontré l'avantage d'informations vidéo avant la coloscopie, mais d'autres auteurs ont trouvé que de montrer une vidéo d'information aux patients en préparation pour la coloscopie n'a eu aucune incidence sur la tolérance ou l'anxiété (16). Plusieurs possibilités d'améliorer la procédure de consentement peuvent être explorées et d'autres études sont clairement nécessaires pour donner une proposition finale.</p> <p><b>Limites de l'étude</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le taux d'abandon important qui a atteint 46% des patients inscrits</li> <li>- le contenu de l'information orale donnée au patient soit par le médecin prescripteur et / ou par le gastro-entérologue peut varier dans une certaine mesure (selon les connaissances des médecins sur l'endoscopie, le caractère personnel de la peur et du sentiment), bien que le contenu général devrait être la même.</li> </ul> <p><b>Conclusion</b></p> <p>Cette étude a révélé que l'information écrite structurée et complète est perçue comme bénéfique par les patients, sans impact négatif sur l'anxiété du patient. Les gastroentérologues devraient expliquer clairement à leurs patients les risques, les avantages et les alternatives des procédures endoscopiques.</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p>Le fait d'avoir reçu des informations écrites avant que la procédure n'a pas changé le niveau d'anxiété des patients (P=0,66)</p> <p>L'intervention n'a pas eu d'impact négatif sur l'anxiété du patient</p> <p>Les patients ont évalué l'anxiété qu'ils avaient ressentie durant l'intervention dans les 24 heures après avoir quitté l'hôpital.</p>

<b>N°</b>	<b>7</b>
<b>Auteurs</b>	Florence J. van Zuuren, Mieke Grypdonck, Eveline Crevits, Cressy Vande Walle, Tom Defloor
<b>Titre de la recherche</b>	<b>The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: A randomized controlled study</b>
<b>Journal</b>	Patient Education and Counseling
<b>Année de publication</b>	2006
<b>Pays</b>	Belgique
<b>Question de recherche/ hypothèses/ Objectifs</b>	<p>Dans l'introduction, les auteurs écrivent que prévenir ou soulager un niveau d'anxiété élevé lors d'un examen est important, non seulement en raison de son désagrément qu'il cause, mais aussi parce que l'anxiété peut prolonger la procédure (intervention) et d'augmenter la probabilité d'effets secondaires. Ils citent des études qui ont montré que la sédation consciente a été indiquée pour réduire l'anxiété et pour améliorer la tolérance de l'endoscopie. Mais des effets négatifs ont été signalés. Autre que la sédation, l'information a été considérée comme un facteur clé dans l'adaptation à un examen médical déplaisant.</p> <p>Cadres théoriques : (l'explication ci-dessous n'est pas prise en compte dans les résultats utilisés pour répondre à ma question)</p> <p>Pour établir, élaborer des lignes directrices concernant l'information au patient, il est possible de se rapporter à la théorie de l'auto-contrôle (self-regulation) de Leventhal et Johnson (1983, 1999). Elle a son origine dans le contexte de l'information au patient en période préopératoire et stipule que les informations peuvent créer des schèmes internes qui, à leur tour, peuvent faciliter l'adaptation.</p> <p>(Schème, en psychologie, est le squelette d'une action selon Jean Piaget. Pour Kant, c'est un procédé au moyen par lequel un concept pur devient effectif par l'implication d'une intuition. Structure)</p> <p>En particulier, la combinaison de l'information sensorielle et procédurale serait les plus efficaces pour la production de ces schèmes qui permettent au patient de se concentrer sur les comportements d'adaptation nécessaires. Plus</p>

	<p>récemment, la théorie de l'auto-contrôle, désormais dénommé «théorie de l'information objective», a été appliquée avec succès dans la préparation des patients et l'amélioration de l'adaptation à une grande variété d '«événements menaçants» tels que la radiothérapie, le diagnostic récent de cancer et la douleur chirurgicale.</p> <p>Une autre notion théorique en ce qui concerne la fourniture d'informations a été d'harmoniser le type et la quantité d'information aux besoins individuels.</p> <p>Dans ce domaine, les styles d'adaptation (coping) cognitifs ont reçu beaucoup d'attention, en particulier le modèle de « contrôle-émoussement » = « monitoring – blunting » de Miller concernant la méthode de l'information sur la santé.</p> <p style="padding-left: 40px;">Blunting = émoussement: une diminution de l'intensité de l'expression émotionnelle par rapport au niveau qu'on s'attendrait normalement à une réaction à une situation spécifique. Il est le contraire d'une réaction excessive et peut être marqué par l'apathie, une réponse minime, ou l'indifférence.</p> <p>Dans ce modèle, le « contrôle » (monitoring) est défini comme la tendance à assister, à recevoir l'information menaçante sous le danger imminente (the tendency to attend to threatening information under impending threat).</p> <p>Cela implique qu'en ce qui concerne une menace pour la santé, des personnes qui ont un « contrôle » élevé sont très préoccupées par les risques et lisent attentivement les informations susceptibles de menacer la santé, alors que les personnes qui ont un « contrôle » faible s'abstiennent de s'engager dans ces comportements.</p> <p>L'émoussement (blunting), qui a été montré comme une dimension indépendante, est définie comme étant le fait d'éviter l'information menaçante et la recherche active de distraction sous la menace imminente. Les personnes « émoussées hautes », par opposition aux « émoussées faibles », sont caractérisées par le report de la confrontation avec une information potentiellement menaçante, en minimisant d'absorption d'information et de s'engager dans des distractions cognitives au lieu de comportementales.</p> <p>Miller émet l'hypothèse que la fourniture d'informations concernant une menace médicale sera plus efficace si elle est adaptée aux façons individuelles et habituelles de traiter les informations sur la santé. Le type d'information devant être fournis aux personnes qui ont un « contrôle » élevé devrait idéalement être détaillées et spécifiques sur les risques et offrant des stratégies pour réduire l'anxiété. Pour les personnes « émoussées hautes » l'information de santé efficace doit être courte, basique et dépourvue de détails menaçants.</p> <p>Des études ont lié les différences individuelles, (telles que le mode d'adaptation), à la fourniture ou à l'effet de</p>
--	---

	<p>l'information ou à la prise en compte de style d'adaptation. Les premières études en milieu médical ont montré une meilleure adaptation chez les patients quand la fourniture d'informations a été accordée à leur style d'adaptation « contrôle-émoussement ». La récente étude de Williams-Piehot, Pizarro, Schneider, Mowad &amp; Salovey (2005) ont montré que des informations orales et écrites correspondant au style d'adaptation d'une personne est plus efficace pour encourager l'utilisation de la mammographie, en particulier pour les personnes « émoussées ».</p> <p>En ce qui concerne l'endoscopie gastro-intestinale, certains auteurs ont étudiés les effets du type d'informations en fonction du style d'adaptation. Ils ont constaté que, pour le fait de donner des informations détaillées sur la procédure (= informations ne correspondent pas) aux personnes « émoussées hautes » pourrait être contre-productif. Pour la coloscopie des résultats favorables ont été signalés lorsque les demandeurs d'informations en ont reçues des supplémentaires (ex : infos sensorielles). Les auteurs de l'étude : « Development of an instrument to measure experience of a gastro endoscopy, 2006 » ont informés oralement des patients avant une endoscopie digestive en la variant selon les styles d'adaptation. Les résultats ont été décevants (comparaison avec info standards). La relation avec l'hypothèse et les styles d'adaptation n'a pas pu être établie. L'étude a montrée l'importance du rôle d'encadrement de l'infirmière.</p> <p>Pour des raisons de temps et d'efficacité, les auteurs de cette étude ont décidé de mettre au point les informations écrites à la place de l'information orales sous la forme d'une brochure d'information envoyée à chaque patient et qui doit arriver au moins 1 jour avant de subir une endoscopie gastro-intestinale. En comparaison avec les informations orales, les informations écrites sont disponibles plus tôt et évitent au patient de faire un voyage supplémentaire à l'hôpital. Il est moins dépendant des circonstances particulières de l'hôpital et ne dépend pas de la motivation et des compétences de l'infirmière. Afin de protéger les patients « émoussés hauts » ayant des besoins en information faible (par rapport aux informations trop vastes), la brochure offre l'opportunité de ne lire que le résumé. Si l'effet bénéfique de ce type d'intervention devient une preuve fondée, la mise en œuvre de la brochure dans la pratique courante pourrait être envisagée.</p> <p>L'objectif de cette étude était d'expérimenter les effets bénéfiques potentiels d'une brochure d'information nouvellement mis au point pour une endoscopie digestive subit pour la première fois. L'information fournie est basée sur la théorie d'auto-contrôle, et les patients pourraient se limiter à la lecture de la synthèse.</p> <p>Hypothèses des auteurs : (la première hypothèse concerne l'anxiété)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Les patients recevant la brochure d'informations ressentent moins d'anxiété juste avant et pendant l'examen médical que les patients ne recevant pas la brochure d'informations. Aussi, ils s'inquiètent moins avant l'examen et l'évaluent de façon plus positive. De plus, ils signalent une plus grande satisfaction à l'égard des informations fournies.</li> </ol>
--	---

	<p>II. Il y a un effet modérateur du style d'adaptation cognitif sur la relation entre ceux qui ont reçu ou non la brochure et les variables dépendantes énumérées dans Hypothèse I: les personnes « contrôle hautes » bénéficient davantage des effets positifs de la brochure d'information que les personnes « contrôle bas » de même pour les personnes « émoussées faibles » par rapport aux « émoussées hautes »</p> <p>III. les personnes « contrôle hautes » dans le groupe expérimental par rapport aux personnes « contrôle bas » dans ce groupe font un usage plus fréquent et plus approfondie de la brochure d'information, de même pour les personnes « émoussées faibles » par rapport aux « émoussées hautes »</p> <p>De plus, les auteurs de cette étude ont fait un inventaire de l'utilisation réelle de la brochure d'information chez tous les sujets du groupe expérimental et ont exploré les relations entre « le contrôle » et « l'émoussement » et d'autres variables pour l'ensemble de l'échantillon.</p>
<b>Population échantillon</b>	<p>Les patients ont été assignés au hasard à un groupe expérimental recevant la brochure au moins 1 jour avant la gastroscopie (<b>N = 47</b>), ou à un groupe témoin ne recevant pas la brochure (<b>N = 48</b>).</p> <p>L'expérience a été réalisée dans le service ambulatoire de la gastro-entérologie d'un hôpital en Belgique. Tous les patients de plus de 18 ans et parlant couramment néerlandais ont été invités à participer à l'étude.</p> <p>Après leur consentement oral, tous les sujets ont reçu une lettre de consentement éclairé devant être retournée avec leur signature. De là, 111 patients ont été invité, cinq ont été refusé. D'autres critères d'exclusion ont conduit à diminuer la taille des échantillons : endoscopie gastro-intestinale pas pour la première fois ou d'urgence (n = 4), physiquement incapables de participer (n = 3) et ayant pas reçu la brochure d'information 1 jour avant l'examen médical (n = 4). Par conséquent, <b>95 sujets ont participé à l'étude</b>. Leur âge moyen était de 49,1 ans et il y avait 32 hommes et 63 femmes.</p>
<b>Mots-clés / Devis / Aspects éthiques</b>	<p>Information brochure; Gastrointestinal endoscopy; Coping style; Preparation; Patient satisfaction. (Brochure d'information; endoscopie gastro-intestinale; style d'adaptation; Préparation; satisfaction des patients) / Expérimental/ L'approbation de l'étude a été obtenue auprès du comité d'éthique de l'hôpital. Après leur consentement oral, tous les sujets ont reçu une lettre de consentement éclairé qu'ils ont du retourner avec leur signature.</p>
<b>Méthodologie</b>	<p><b>L'intervention expérimentale</b></p> <p>Dans l'élaboration de la brochure d'information les auteurs ont été guidés par la théorie de l'auto-contrôle, le modèle de contrôle-émoussement (monitoring-blunting) et les résultats de l'étude des auteurs de l'étude : « Development of an instrument to measure experience of a gastro endoscopy, 2006 ». l'information était en coherence avec le protocole médical. La nature des information était:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informations sensorielles : sensations possibles que le patient peut ressentir durant l'examen, pour lui permettre d'avoir une référence sur le moment où il les ressentira. <ul style="list-style-type: none"> <li>o informations neutres (pas de connotations négatives ni positives = objectives)</li> </ul> </li> <li>- informations sur la procédure pour augmenter la prévisibilité (s'attendre, prévoir à quoi il va vivre) et l'adaptation personnelle à l'examen</li> <li>- instructions, conseils pour encore augmenter l'adaptation de la personne à l'examen : exemple, ne plus avaler une fois que le scope est introduit dans l'œsophage.</li> <li>- informations pratiques supplémentaires en prévention d'une implication inutile du patient dans une situation inconfortable : par exemple, ne pas conduire soi-même après l'intervention pour rentrer chez soi si un sédatif a été donné mais de demander à un proche de le faire.</li> <li>- informations par rapport au rôle de soutien de l'infirmière en précisant que l'infirmière restera présente tout au long de l'examen et qu'il est sûr de pouvoir compter sur son soutien.</li> </ul> <p>Selon les recommandations du modèle de contrôle-émoussement (monitoring-blunting), les auteurs ont écrits des informations détaillées (le texte est particulièrement conçu pour les « contrôles-haut » (high monitors) et pour les « émoussés-bas » (low bluntings). Pour « émoussés-haut » (high bluntings) et les contrôles-bas » (low monitors) les auteurs ont mis au point un résumé avec des informations de base à la fin de la brochure. Au début de la brochure les auteurs ont écrit un court texte invitant le lecteur à choisir entre la lecture de la brochure dans ensemble ou entre le choix se restreindre à la synthèse à la fin. Le lecteur a été assuré qu'aucunes informations nécessaires ne seraient manquantes dans le cas où il se limiterait au résumé. C'est le patient qui décide comment en faire usage de cette intervention sur l'information.</p> <p>Le résultat est pratique, bien structuré, de petit format (sept pages). Les sujets du groupe expérimental ont reçu la brochure : à domicile ou à l'hôpital. Dans tous les cas, ils l'ont reçu au moins une journée avant leur endoscopie digestive, parce qu'il peut être trop tard de recevoir les informations juste avant l'examen médical dans le but d'avoir un effet rassurant.</p> <p><b>Mesures</b></p> <p>Pour les variables dépendantes les auteurs ont utilisés les instruments de mesure suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'adaptation néerlandaise de l'échelle de Spielberger (State Trait Anxiety Inventory), la « ZBV », pour mesurer l'anxiété état au cours de la période d'attente, juste avant l'endoscopie gastro-intestinale L'anxiété état a aussi été mesurée avec une échelle visuelle analogique (10cm) juste avant l'endoscopie (« Anxiety-VAS before ») et directement après celle-ci (« Anxiety-VAS after »). (se référant à des sentiments d'anxiété au cours de l'endoscopie) Les scores vont de 0 à 100. Un score élevé indique une anxiété élevée.</li> </ul>
--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une échelle visuelle analogique (10cm) pour mesurer le degré de préoccupation, d'inquiétude dans la salle d'attente (« Worrying-VAS before »).</li> <li>- Une échelle de 12 items sur l'expérience de l'endoscopie gastro-intestinale, « EG ». Les scores peuvent aller de 12 à 60. Un score élevé (à la différence des autres variables) indiquent une expérience positive.</li> <li>- Un questionnaire, durant la période d'attente de l'endoscopie et après celle-ci, avec des items à propos de leur satisfaction de la préparation (avant) et à propos de leur satisfaction des informations reçues (après). En ce qui concerne l'information, le groupe expérimental a répondu à des questions écrites supplémentaires à propos de la brochure d'information (utilité, moment/temps, rigueur et fréquence de l'usage qu'ils en avaient fait). Toutes ces questions ont déterminé des catégories de réponses.</li> <li>- Inclus à la « ZBV » un score d'anxiété trait mesuré plusieurs jours après l'endoscopie.</li> <li>- D'autres variables (sexe, âge, niveau scolaire, sédation IV, ambulatoire ou non) ont été obtenues à partir des dossiers médicaux des patients</li> <li>- La version néerlandaise de l'inventaire des situations médicales menaçantes (Threatening Medical Situations Inventory / TMSI), quelques temps après l'endoscopie, pour étudier l'effet modérateur des stratégies d'adaptations (monitoting et blunting) dans les milieux médicaux.</li> </ul> <p><b>Procédure</b></p> <p>Les sujets (N = 95) ont été attribués aléatoirement au groupe expérimental recevant la brochure d'information à la maison au moins 1 jour avant l'endoscopie (n = 47), ou au groupe témoin ne recevant pas la brochure d'information (n = 48).</p> <p>Quand un sujet est arrivé pour l'endoscopie gastro-intestinale, il avait 15 min pour remplir les questionnaires. Par la suite, chaque sujet a reçu des informations orales standards par une infirmière. Cette infirmière est restée avec le sujet et l'a soutenu au cours de l'endoscopie.</p>
<b>Résultats</b>	<p><b>L'égalité des groupes :</b> En ce qui concerne l'anxiété trait et « monitoring », il y avait une tendance de scores supérieurs dans le groupe témoin.</p> <p><b>Les effets de la brochure d'informations</b></p> <p>Concernant l'hypothèse 1 :</p> <p>Sur toutes les variables dépendantes, sauf sur l'échelle de l'expérience (« EG »), le groupe expérimental semble évaluer plus positivement leur état par rapport à l'anxiété, leur inquiétude et leur satisfactions, que le groupe témoin, mais cette différence se révèle être importante seulement pour l'anxiété état et l'anxiété-EVA avant l'endoscopie. L'anxiété est significativement plus basse en préopératoire pour le groupe intervention : P=0,01 STAI, P=0,03 EVA. II</p>

	<p>n'y a pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne l'anxiété en postopératoire évaluée avec l'EVA (P=0.29).</p> <p>La plupart des variables dépendantes (l'anxiété état, l'anxiété EVA avant, l'inquiétude EVA avant, l'anxiété EVA après, l'expérience de la gastroscopie) sont modérément à fortement corrélées. En particulier, cela concerne l'intercorrélation entre les deux mesures d'anxiété avant la gastroscopie. Ceci est une indication positive quant à la validité de l'anxiété EVA. Elle concerne également les deux mesures après la gastroscopie.</p> <p>Concerne l'hypothèse 2 : (pas pour ma question de recherche)</p> <p><b>L'effet modérateur du style d'adaptation</b></p>
<b>Discussion</b>	<p><b>Discussion</b></p> <p>Les résultats sont en faveur de l'hypothèse I en ce qui concerne la réduction de l'anxiété et la satisfaction de la brochure d'information. Les auteurs ont constaté dans la période juste avant l'endoscopie, un effet bénéfique de la brochure d'information et ceci en accord avec ce que les patients ont déclaré par la suite. Il est important d'avoir un faible niveau d'anxiété au cours de la gastroscopie pour le bon déroulement de la procédure médicale. Les auteurs n'ont pas obtenu un résultat significatif ici, en partie à cause de grands écarts-types.</p> <p>Les auteurs mettent en doute la validité de l'EVA de la mesure qui a été prise après l'endoscopie au sujet de l'anxiété ressentie pendant l'intervention. Les niveaux d'anxiété pour cette EVA sont beaucoup plus faibles que les valeurs mesurées avant l'intervention. Cela peut s'expliquer car un soulagement est ressenti lorsque l'examen est fini. Ceci abouti à une sous-estimation de l'anxiété vécue lors de la procédure.</p> <p>Partie de la discussion concernant les stratégies de coping (pas pour ma question de recherche)</p> <p><b>Limites de l'étude</b></p> <p>(Pas mis les limites concernant les stratégies de coping)</p> <p>Une limite de l'étude peut se voir par rapport à certaines questions. Par exemple, « avez-vous lu la brochure ? ». si la personne répond « oui », on ne peut savoir dans quelle mesure. L'a-t-elle lu en entier, parcourue, a-t-elle lu certains encadrés seulement ?</p>

	<p><b>Conclusion</b></p> <p>Les auteurs concluent qu'à condition que les patients aient du temps à disposition pour lire une brochure basée sur la théorie de l'autorégulation (avec des résumés d'information) constitue une intervention modérément bénéfique lors d'une première endoscopie digestive. En outre, il s'est avéré que la brochure pourrait facilement être utilisée en milieu hospitalier sans qu'il soit nécessaire de prendre en compte les styles de coping des patients.</p> <p><b>Implications pour la pratique</b></p> <p>L'intervention que les auteurs ont développée semble prometteuse en raison de ses effets modérément bénéfiques par rapport à son faible coût et du gain de temps. La brochure d'informations a été la bienvenue par rapport à la satisfaction des patients et le fait que 96% des patients l'ont lue. Aucun effet indésirable pour les « blunters élevés » n'a été trouvé, ce qui implique qu'elle peut être remise en toute sécurité à tous indépendamment de leur style d'adaptation. La brochure, qui devrait être fournie au patient au moins 1 jour avant l'intervention s'est révélée particulièrement utile dans la période préopératoire. Elle constitue un outil utile au rôle de l'infirmière « coaching ».</p> <p>Cette brochure d'information néerlandaise peut être utilisée en Belgique et aux Pays-Bas, mais peut être affiné par chaque l'hôpital. En effet, selon la théorie de l'auto-contrôle, la congruence entre les attentes et l'expérience est indispensable pour que l'information ait un effet bénéfique.</p>
<p><b>Commentaires personnels</b></p>	<p>Le moyen (brochure) pour donner de l'information à été efficace pour diminuer l'anxiété préopératoire. Concernant l'anxiété postopératoire, il n'y a pas de différence significative entre les groupes.</p>

<b>N°</b>	<b>8</b>
<b>Auteurs</b>	Tore Sørli, Rolf Busund, Joe Sexton, Hal Sexton, Dag Sørli
<b>Titre de la recherche</b>	<b>Video information combined with individualized information sessions: Effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery—A randomized trial</b>
<b>Journal</b>	Patient Education and Counseling
<b>Année de publication</b>	2006
<b>Pays</b>	Norvège
<b>Question de recherche/ hypothèses/ Objectifs</b>	<p>La récupération de la personne après un pontage coronarien peut être associée à un fonctionnement psychologique et physique réduit. Les premières semaines postopératoires sont particulièrement stressantes. Les patients signalent beaucoup d'anxiété, de dépression et de colère. Des études ont rapportées que des niveaux élevés d'anxiété et de dépression préopératoire sont associés à de moins bons résultats postopératoires. Des éléments de preuve indiquent que des bénéfices significatifs peuvent être obtenus par des interventions préopératoires qui fournissent des informations et de l'enseignement de compétences d'adaptation au patient. L'information donnée par vidéo a eu un impact positif sur des prises de décision des patients, leur régime alimentaire et l'exercice après un pontage coronarien. En général, les résultats du traitement sont plus favorables lorsque les patients sentent qu'ils participent activement à leurs soins et que leur problème a été discuté en détail, quand ils se sentent encouragés à poser des questions, soutenue au niveau émotionnel et quand ils participent au processus de planification du traitement. Dans une étude antérieure de plusieurs patients en chirurgie, les auteurs de cette étude ont constaté une forte relation entre la qualité du contact vécu avec le personnel infirmier et la mesure dans laquelle les patients se sentent bien informés.</p> <p>Les interventions psychologiques peuvent être plus efficaces quand ils sont en harmonie avec le style de coping de l'individu et une tendance actuelle dans la recherche d'intervention est de concevoir des stratégies et des techniques qui correspondent aux caractéristiques de chaque patient (Miro &amp; Raich, 1999). Le concept d'auto-régulation (auto-contrôle) a été utilisé pour conceptualiser l'importance de l'approche individualisée. Il comprend deux composantes intra et interpersonnelles impliquant à la fois des activités cognitives et comportementales ainsi que les interactions interpersonnelles tels que la confirmation par l'expérience, le soutien affectif et l'information.</p>

	<p>Avec ces données, les auteurs de cette étude ont conçu une procédure d'informations pour aider plus efficacement les patients. Cette procédure se composait de deux éléments : une vidéo de pré-admission contenant des informations générales sur les principaux aspects de la situation de l'hôpital, le traitement et le suivi après l'intervention et une séance d'information centrée sur le patient à l'admission et à la sortie de l'hôpital. Les effets de cette intervention par rapport aux séances d'information standard ont été testés à la sortie de l'hôpital et au cours d'une période de 2 ans suivant l'intervention. Les mesures psychologiques de l'efficacité de l'intervention sont l'anxiété, la dépression et la santé subjective</p> <p><b>Objectif:</b> tester l'efficacité d'une intervention des informations sur la récupération émotionnelle après un pontage coronarien.</p> <p>Questions primaires de l'étude:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'intervention a-t-elle un effet global sur le bien-être émotionnel à la sortie de l'hôpital?</li> <li>– Quelles variables psychologiques ont été touchées?</li> </ul> <p>Questions secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'intervention a-t-elle des effets persistants sur l'ensemble du bien-être émotionnel dans la période suivant l'intervention ?</li> <li>– Quelles variables psychologiques ont été touchées et quand?</li> </ul>
<b>Population échantillon</b>	<p>Des 238 participants qui étaient admissibles, 136 ont accepté de participer (57,1%). 27 ont été exclus en raison de: erreurs de procédure (quatre), traités dans d'autres hôpitaux (deux), reçu un autre type de chirurgie cardiaque (trois), réponses incomplètes aux questionnaires (sept), refus de participer (trois ), trop malades au niveau somatique (deux), psychose post-opératoire (un), déplacés vers d'autres lieux (trois), pas été opéré (un) mort (un). Les 109 autres ont été inclus (80,1% de ceux qui ont accepté de participer). Ils ont été répartis aléatoirement : 54 dans le groupe témoin et 55 dans le groupe d'intervention.</p> <p><b>Les critères d'inclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– moins de 68 ans</li> <li>– pas de déficience cognitive grave (pour garantir une bonne compréhension des questionnaires et pour minimiser la variation des problèmes de santé autres)</li> <li>– avaient un angor stable avec un pontage coronarien prévu pour la première fois</li> <li>– pas de graves co-morbidités</li> <li>– pas été transférés depuis d'autres types de traitements médicaux ou soins</li> </ul>

<b>Mots-clés / Devis / Aspects éthiques</b>	Coronary artery bypass graft surgery; Dialogue; Individualized information; Information video; Patient centered information sessions; Randomized controlled trial; Recovery; Self-regulation. (chirurgie de pontage aorto-coronarien, dialogue, information individualisée, vidéo d'information, séances d'information centrées sur le patient, étude randomisée, récupération; auto-régulation (auto-contrôle)) / Expérimental / Le protocole d'étude a été approuvé par le Comité régional d'éthique pour la recherche médicale de la Norvège.
<b>Méthodologie</b>	<p>Une vidéo d'informations a été combinée avec des séances d'informations individualisée réalisées par des infirmières à l'admission et à la sortie de l'hôpital. La vidéo a été montré en préopératoire et de nouveau lors des séances à l'admission. Les patients ont été aidés (encouragés) à exprimer leurs questions, leurs inquiétudes et de l'information correcte et un soutien leur a été fourni. Les patients du groupe contrôle ont reçu des informations standards et aucune vidéo. Les enregistrements ont été faits au départ, à la sortie de l'hôpital et au cours la période de 2 ans de suivi.</p> <p><b>Les interventions</b></p> <p>L'information de routine (habituelle). Tous les patients ont en préopératoire de l'information du chirurgien, de l'anesthésiste (y compris une visite à l'unité de soins intensifs), et du physiothérapeute. Un certain nombre de brochures illustrées a été remis.</p> <p><b>Groupe contrôle</b></p> <p>Ce groupe a reçu l'information usuelle (habituelle) de l'hôpital en pré et postopératoire, à la première séance à l'admission et à la seconde à la sortie de l'hôpital. Chacune a durée 40 minutes. Tous les patients ont reçu les mêmes informations. En préopératoire, les informations comprenaient des informations sur la procédure et sensorielles en lien au diagnostic et aux événements en pré-et postopératoire des patients subiront au cours de leur séjour à l'hôpital avec quelques instructions de comportement.</p> <p>En postopératoire, l'information est axée sur les changements de style de vie préventifs et de la maîtrise de la situation à la maison et au travail. Ces séances d'information ont été menées par plusieurs infirmières différentes et n'ont pas insistées sur l'importance d'établir une relation de confiance et un soutien personnalisé et d'informer sur les besoins exprimés par chaque patient.</p> <p><b>Groupe intervention</b></p> <p>L'intervention consistait en deux composantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– une vidéo de 12 minutes qui a été faite pour l'étude et utilisée à la fois à la maison avant l'admission à l'hôpital et</li> </ul>

	<p>de nouveau au cours de la première séance d'information sur l'admission à l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– deux séances d'information de 40 minutes spécialement conçues en étant centrée sur le patient avec des infirmières spécialement formées, la première à l'admission et la seconde à la sortie de l'hôpital</li> </ul> <p>La vidéo montre des acteurs pour illustrer les événements les plus importants qui se passent pendant et après le traitement hospitalier. Elle est présentée comme un dialogue entre un patient qui est récemment sorti de l'hôpital et un ami. La vidéo visait principalement à donner une certaine familiarité avec la situation et à stimuler la curiosité et la recherche d'information parmi les téléspectateurs.</p> <p>Les séances d'information ont été conçues pour fournir des informations pertinentes et un soutien en conformité au style de communication du patient et à ses besoins. L'intention était de renforcer l'auto-régulation (auto-contrôle) du patient et sa capacité de coopération avec le professionnel de la santé en fournissant une vision basée sur la réalité de sa condition, son traitement et la prévention.</p> <p>Les éléments suivants ont été soulignés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le développement d'une relation de confiance avec une écoute, une attitude de soutien et de renforcement (confirming) dans un endroit tranquille</li> <li>– l'encouragement envers les patients à exprimer toute inquiétude, sentiment ou aspect, élément de leur situation qu'ils estiment importants</li> <li>– la réunion d'une préoccupation avec des émotions difficiles et des situations à problèmes (peur des complications et du décès, perte de contact avec la famille et les amis, des sentiments de désespoir et de dépression, les inquiétudes sur l'avenir par rapport à la capacité physique et au travail.) avec un soutien et un style de fourniture d'informations</li> <li>– la fourniture d'un soutien et d'informations conformes (congruentes) à l'orientation (focus) du patient</li> <li>– la motivation des patients à demander des renseignements pendant les contacts avec le personnel chargé du traitement et de partager leurs pensées et leurs sentiments avec leurs familles et amis</li> </ul> <p>Quatre infirmières spécialement formées ont mené toutes les séances de fourniture d'informations avec les patients dans le groupe d'intervention à la fois à l'admission et la sortie de l'hôpital. Elles n'ont pas fourni d'information aux patients dans le groupe témoin. L'intervention n'a pas été discutée avec les infirmières qui ont fourni les informations au groupe contrôle.</p> <p><b>Procédure de formation des infirmières pour le groupe intervention</b></p> <p>La formation des infirmières a eu lieu au cours d'une période de 3 mois avant le début du projet et a continué pendant toute la période d'inclusion des patients. Un manuel a défini les attitudes et les comportements souhaitables à inclure dans la procédure d'information. un formulaire d'évaluation a été élaboré. L'approche a été discutée et un consensus</p>
--	---

	<p>sur la façon d'aborder chaque patient a été obtenu.</p> <p><b>Variables</b></p> <p>Les patients ont évalué leur propre condition avant l'intervention, à la sortie de l'hôpital, à 2 et 6 semaines, à 6 mois et 1 et 2 ans après leur séjour à l'hôpital.</p> <p>Les mesures sont en rapport à l'expérience des patients (auto-évaluation) dans la situation actuelle.</p> <p><b>Anxiété.</b> L'auto-évaluation Beck Anxiety Inventory a été utilisée</p> <p>(L'inventaire d'anxiété de Beck est une liste de 21 symptômes. Cet outil est rapide; le patient coche la fréquence du symptôme pendant les sept derniers jours sur une échelle de 0 à 3. Son contenu, sa brièveté et sa facilité de passation et de cotation fait de cet Inventaire d'Anxiété de Beck un outil bien adapté en clinique et en recherche appliquée) info supplémentaire.</p> <p><b>Dépression.</b> L'échelle « Zung self-rating depression » a été utilisée</p> <p><b>La santé subjective.</b> Une échelle provenant de 16 items choisis dans le questionnaire généraliste SF-36 (qualité de vie) a été utilisée. Les items ont permis d'évaluer comment les patients jugent leur état de santé en comparaison aux autres, le degré des symptômes physiques et émotionnels ayant causé une diminution de leurs AVQ, le degré du sentiment de douleur. (les valeurs inférieures se rapportent à une meilleure santé).</p> <p>Les patients ont également signalé le nombre de cigarettes par jour et l'activité physique (nombre d'heures par semaine).</p> <p><b>« Aveugle »</b></p> <p>Le médecin qui a effectué la séquence de répartition aléatoire a été « aveugle » à toutes les données du patient et non impliqué dans le traitement des patients participants. Les médecins traitants ont été « aveuglés » au groupe d'affectation. Les patients et les infirmières qui leurs ont fourni des informations n'ont pas été aveuglés à l'affectation du groupe. La saisie des données a été effectuée par un secrétaire « aveuglé » au groupe d'affectation. L'analyse des données a été effectuée par une personne non impliquée dans le fonctionnement quotidien de l'étude ou la conception de l'intervention.</p>
--	--



<b>Résultats</b>	<p><b>Résumé des résultats</b></p> <p>109 patients ont été randomisés au groupe intervention ou au groupe contrôle. A la sortie, les patients du groupe intervention ont signalé moins d'anxiété (<math>p = 0.046</math>) et une meilleure santé subjective (<math>p = 0.005</math>). Ils ont rapporté une meilleure santé subjective pendant toute la période de suivi (<math>0.040 &lt; \text{ou} = P &gt; \text{ou} = 0.000</math>), moins d'anxiété à 1 an (<math>0.042 &gt; \text{ou} = P &gt; \text{ou} = 0.004</math>), et moins de dépression à partir de 6 mois à 2 ans après leur sortie (<math>0.023 &gt; \text{ou} = P &gt; \text{ou} = 0.004</math>).</p> <p><b>Données de base des patients</b></p> <p>Sexe, âge, état civil, travail ou congé maladie, longueur des études, fumeurs ou non-fumeurs, activité sportive. Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes dans l'une de ces variables.</p> <p><b>Les valeurs de base des données psychologiques entre le groupe intervention et le groupe contrôle (avant l'étude)</b></p> <p>Aucune différence significative n'est apparue.</p> <p><b>Analyses</b></p> <p>Tous les patients de l'étude (<math>N = 109</math>) ont été analysés à tous les temps.</p> <p><b>Question principale de l'étude : effets de l'intervention à la sortie de l'hôpital</b></p> <p>Les patients du groupe intervention ont rapporté un meilleur bien-être émotionnel général à la sortie par rapport aux patients du groupe témoin. Les tests ont montré moins d'anxiété en préopératoire (<math>P=0.023</math>) et en postopératoire immédiat (<math>P=0.037</math>) et une meilleure santé subjective chez les patients du groupe intervention. Il n'y avait pas de différences dans les résultats pour la dépression. Il n'y avait pas de différences dans la longueur moyenne du séjour post-opératoire (<math>M = 4,6</math>) dans les deux groupes.</p> <p><b>Questions secondaire de l'étude: les effets de l'intervention lors du suivi</b></p> <p>Par rapport à l'anxiété seulement, les résultats statistiquement significatifs montrent que les patients du groupe intervention ont rapporté moins d'anxiété :</p>
------------------	---

	à la sortie de l'hôpital, à 2 et 6 semaines postopératoire, à 6 mois postopératoire et à 1 an postopératoire.
<b>Discussion</b>	<p><b>Discussion</b></p> <p>Les résultats de cette étude indiquent que les patients du groupe intervention se sont sentis mieux émotionnellement à la sortie de l'hôpital par rapport aux patients du groupe témoin. Ils ont rapporté moins d'anxiété et que le groupe témoin.</p> <p>Lors du suivi, l'effet global de l'intervention sur le bien-être émotionnel des participants est apparu important à tous les moments sauf au 1 an. La différence était à son maximum à 6 mois de suivi.</p> <p>Les patients du groupe intervention sont restés moins anxieux à tous les moments d'évaluation dans le temps jusqu'à 1 an. Ils ont rapporté une meilleure santé subjective à tous les moments. De plus, les patients du groupe intervention ont rapporté moins de dépression à partir de 6 mois jusqu'à 2 ans.</p> <p>Les effets de l'intervention qui ont été observés peuvent être dus à plusieurs variables, dont le mode de diffusion de l'information ainsi que l'information elle-même. L'intention était que la vidéo devrait activer la curiosité des patients et la recherche d'information avant leur admission ainsi qu'un rappel de leurs questions et inquiétudes au cours de la séance d'information lors de l'admission. En plus de la vidéo, l'approche centrée sur le patient qui a été utilisée a probablement aussi contribué aux effets observés.</p> <p>Après avoir établi une relation de confiance infirmière-patient, l'expression de toute inquiétude, sentiment ou aspect de leurs situations jugées importants par les patients a été encouragée. Cela a été fait pour aider les patients à réaliser la force et le sens de leurs inquiétudes et leurs sentiments et de faire la différence entre leurs émotions et les réels enjeux de leur situation actuelle et future. Une relation plus confiante a pu représenter un facteur de soutien et réduire les obstacles à l'expression des inquiétudes et des questions pendant le séjour hospitalier. L'alliance thérapeutique, l'empathie, le soutien affectif et l'encouragement ont déjà été trouvés pour prédire les résultats du traitement à travers une variété d'études psychothérapeutiques. Selon la théorie de l'autorégulation (auto contrôle), les aspects irrationnels de la représentation mentale des patients des menaces pour leur santé doivent être compris et modifiés afin d'optimiser les résultats. Ensuite, l'information qui a été adaptée à leurs inquiétudes et questions a été fournie. Ainsi, le processus actif d'acquisition d'informations provenant de sources externes et la coordination avec les signaux/indices internes tels que les soucis, les sentiments, les sensations corporelles et les attentes a été stimulé. Ce processus peut avoir contribué à la signification de l'expérience, à une réduction des troubles et à une organisation d'efforts pour recueillir de nouveaux renseignements, ainsi que planifier, évaluer et modifier leurs stratégies d'adaptation (coping) au fil du temps.</p>

	<p>Un effet possible à long terme de l'intervention sur l'anxiété et la dépression peut indiquer que les patients du groupe intervention ont reçu une plus grande capacité à faire face aux défis de leur situation à domicile par rapport aux patients dans le groupe témoin.</p> <p>Les quatre infirmières, qui ont mené toutes les séances d'information avec les patients du groupe intervention, se sont fortement identifiées à l'approche et n'ont besoin que de peu de formation limitée pour être en mesure de la pratiquer. Ainsi, il apparaît qu'avec seulement une formation limitée, l'intervention pourrait être facilement intégrée dans la pratique de routine sans avoir besoin de ressources supplémentaires. Les séances d'information pour les groupes intervention et contrôle ont la même durée, mais différaient quant à la façon dont elles ont été menées. Ceci est en accord avec les recherches antérieures qui ont montré que les médecins de soins primaires peuvent être plus sensibles aux préoccupations des patients sans allongement des visites. Ainsi, il semble y avoir plus une question d'intérêt et de style plutôt que l'utilisation des ressources supplémentaires.</p> <p>Afin de recueillir des groupes d'intervention et de contrôle qui ont été aussi égaux que possible au départ, les auteurs de cette étude ont cherché à un groupe homogène, un groupe de patients subissant un événement de l'hôpital stressant a été défini. Sur le plan cognitif le fonctionnement des groupes est important pour les données adéquates d'échantillonnage. Comparativement aux patients ordinaires ayant un pontage coronarien, l'échantillon de l'étude était plus jeune et en meilleure santé. Il pourrait être pensé que les personnes âgées et très malades physiquement ou ceux qui n'ont pas accepté de participer pour des raisons psychologiques, pourraient être moins susceptibles de répondre à l'intervention. Les auteurs sont bien conscients qu'un nombre croissant de patients pour un pontage coronarien sont traités pendant un syndrome coronarien aigu ou immédiatement après celui-ci, cependant, seulement des car non urgents (électifs) pourraient être utilisées pour démontrer un quelconque effet d'une intervention préopératoire. L'utilité spécifique de l'intervention pour les femmes n'a pu être déterminée en raison de leur faible nombre dans l'échantillon (n = 12). Toutefois, les effets possibles sur l'anxiété et la dépression peuvent indiquer qu'elle est bien adaptée car il est largement prouvé que la dépression et l'anxiété sont plus fréquentes chez les femmes présentant une maladie coronarienne que chez les hommes.</p> <p><b>Conclusion</b></p> <p>Les effets de l'intervention sont probablement liés à l'utilisation combinée de la vidéo et des séances d'information centrées sur le patient. Les infirmières se sont fortement identifiées à ses principes et pourrait pratiquer ceci avec une formation limitée.</p> <p><b>Conséquences pour la pratique</b></p> <p>Le programme de traitement et la procédure d'information habituelle ressemblent à une variété d'autres endroits qui</p>
--	---

	effectuent un pontage coronarien. Ainsi, cette intervention relativement simple peut avoir un intérêt pour d'autres milieux. Toutefois, sa pertinence pour les patients recevant d'autres types de traitement reste à déterminer.
<b>Commentaires personnels</b>	La vidéo d'information combinée de séances d'information individuelles ont permis de diminuer l'anxiété en postopératoire, à la sortie de l'hôpital, à 2 et 6 semaines, à 1an.

<b>N°</b>	<b>9</b>
<b>Auteurs</b>	Keith Hering, Jeffery Harvan, Matthew D'Angelo & Donna Jasinski
<b>Titre de la recherche</b>	<b>THE USE OF A COMPUTER WEBSITE PRIOR TO SCHEDULED SURGERY (A PILOT STUDY): IMPACT ON PATIENT INFORMATION, ACQUISITION, ANXIETY LEVEL, AND OVERALL SATISFACTION WITH ANESTHESIA CARE</b>
<b>Journal</b>	American Association of Nurse Anesthetists (AANA) Journal
<b>Année de publication</b>	2005
<b>Pays</b>	Etats-Unis
<b>Question de recherche/ hypothèses/ Objectifs</b>	<p>La chirurgie programmée peut souvent être une période stressante pour les patients et leurs familles. L'anxiété du patient et les contraintes de temps imposées par le système peuvent entraver la quantité et la qualité de l'information fournie par le médecin. L'entretien avec le patient ne pas être remplacé par un autre moyen plus acceptable mais des méthodes, utilisant la technologie, qui augmentent la diffusion d'informations peut avoir un impact positif sur l'expérience préopératoire du patient. La majorité des informations est souvent fournie sous forme de brochures. Il n'y a pas encore eu d'évaluation d'un site web comme un moyen de fournir des informations supplémentaires sur l'anesthésie du patient. Dans certains domaines de soins, l'utilisation d'un site d'informations est une ressource et peut être bénéfique pour le patient. Vu les contraintes actuelles de temps, l'utilisation d'un site Web, pour fournir de l'information préopératoire avant une chirurgie, peut être une solution. Le site peut donner au patient la possibilité de répondre à ses préoccupations concernant l'anesthésie et sa sécurité.</p> <p><b>La question de recherche</b> qui a guidé l'étude était : l'utilisation d'un site Web qui améliore l'acquisition d'informations, influence-t-elle l'anxiété préopératoire ainsi que la satisfaction globale de l'anesthésie chez le patient ?</p> <p><b>Le but</b> de cette étude était de déterminer l'impact du site sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'information préopératoire sur anesthésie pour le patient.</li> <li>- l'anxiété du patient</li> <li>- la satisfaction globale des patients de leurs soins en anesthésie.</li> </ul>

	<p><b>Les hypothèses :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les sujets exposés au site auront une plus grande acquisition de connaissances de l'information préopératoire en anesthésie</li> <li>- les sujets exposés au site auront un plus faible niveau d'anxiété préopératoire</li> <li>- les sujets exposés au site auront une plus grande satisfaction générale de leurs soins d'anesthésie par rapport au groupe qui n'a pas été exposé.</li> </ul> <p>Le modèle « PRECEDE » a été utilisé comme base théorique de cette recherche. « PRECEDE » est utilisé comme un acronyme pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– prédisposition (predisposing) (connaissances, attitudes, croyances, valeurs et intérêts)</li> <li>– renforcement (reinforcing) (renforcer les facteurs de la société et d'influence de groupe de pairs)</li> <li>– permettre, favoriser des concepts, des facteurs dans le diagnostic éducatif (enabling constructs in educational diagnosis) (développement moteur et cognitif de compétences)</li> <li>– évaluation (evaluation)</li> </ul> <p>L'intervention avec le site a été le facteur propice à l'étude et son impact sur le niveau d'acquisition de connaissances, d'anxiété, et de satisfaction du patient a été mesuré.</p>
<b>Population échantillon</b>	<p>L'échantillon se composait de 64 sujets. Le groupe expérimental était composé de 25 sujets, et le groupe témoin était constitué de 39 sujets. Plus de sujets ont accepté de participer pendant de la semaine « contrôle », il y avait donc une taille de groupe inégale.</p> <p>L'âge des participants variait de 20 à 75 ans (âge moyen = 48 ans). Plus du 60% des sujets étaient âgés de 30 à 50 ans. L'évaluation des données par rapport au sexe, à l'âge, à l'éducation (niveau scolaire) et à l'assurance n'a montrée aucun résultat significatif entre ces variables.</p> <p>Les participants étaient tous des adultes subissant la même chirurgie ambulatoire sous anesthésie générale. Ils étaient hospitalisés dans un hôpital universitaire de 350 lits.</p> <p>Au cours de la période de l'étude, les sujets inscrits sur les semaines paires ont été assignés au groupe expérimental, et les sujets inscrits sur les semaines impaires ont été assignés au groupe témoin.</p>
<b>Mots-clés / Devis / Aspects éthiques</b>	<p>Patient education, preoperative anesthesia information, website / Expérimental / L'autorisation de procéder à cette étude pilote a été obtenue de la commission d'examen institutionnelle</p>

<b>Méthodologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signature d'un consentement éclairé après explication de l'étude et réponses aux questions</li> <li>- Questionnaire démographie</li> <li>- Avant l'examen préopératoire physique, les participants ont répondu au test modifié « Standard Anesthesia Learning Test » (mSALT) (questionnaire concernant l'information en anesthésie) et à l'inventaire de Spielberger « State Trait Anxiety Inventory (STAI)</li> <li>- Ensuite, tous les sujets ont reçu une information structurée jugée essentielle en lien à l'anesthésie (description standardisée du centre de chirurgie, description basique des différentes options d'anesthésie, les enjeux pré et postopératoires qui peuvent être attendus).</li> <li>- Le groupe expérimental a reçu des instructions sur le site (website instruction module) dans un bureau. Le contenu du site a servi à renforcer l'instruction verbale par une réplique de celle-ci. Le site contenait des images illustrant les informations écrites (par exemple, photos de l'entrée de l'hôpital, de la salle de réveil).</li> <li>- Après les interventions, tous les sujets ont reçu une indication concernant les activités de recherche sur la chirurgie ambulatoire.</li> <li>- Evaluation de leur satisfaction.</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<p><b>Résumé des résultats des trois hypothèses</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le groupe expérimental a eu une augmentation significative des scores en post-test du mSALT (<math>P=0,004</math>).</li> <li>2. Ni le groupe expérimental, ni le groupe témoin avait un changement significatif dans l'anxiété état en post-test (<math>P=0,279</math> et <math>P=0,762</math>) ou dans l'anxiété trait (<math>P=0,823</math> et <math>P=0,570</math>).</li> <li>3. Le groupe expérimental diffère significativement du groupe de contrôle dans la satisfaction avec l'enseignement (<math>P=0,019</math>).</li> </ol> <p><b>Résultats concernant la deuxième hypothèse</b></p> <p>Les auteurs de cette étude ont comparé l'anxiété entre les groupes et dans les groupes. Tous les sujets inclus dans l'étude ont complété la STAI le jour de leur visite préopératoire avant toute intervention et de nouveau le jour de leur chirurgie. Aucune différence significative entre les groupes a été identifiée sur l'anxiété état (pré-test <math>P = 0,162</math> ou le post-test <math>P = 0,0548</math>). Il n'y avait non plus pas de résultats significatifs sur le pré-test de l'anxiété trait (<math>P = 0,509</math>) ou post-test (<math>P = 0,546</math>).</p> <p>Après l'intervention, les auteurs ont analysé (post-test) l'anxiété dans les groupes. Ni le groupe expérimental (<math>P = 0,279</math>), ni le groupe contrôle (<math>P = 0,762</math>) ont eu un changement significatif dans les scores d'anxiété état. Il n'y a pas eu de changement également dans les scores d'anxiété trait au sein des groupes (groupe expérimental <math>P = 0,823</math>, groupe témoin <math>P = 0,570</math>).</p> <p>Les deux groupes avaient des niveaux comparables d'anxiété en pré-test et post-test. Les résultats ne soutiennent</p>

	donc pas cette deuxième hypothèse de recherche.
<b>Discussion</b>	<p>Les résultats de cette étude n'ont pas pu être comparé avec d'autres études car cette étude pilote est la première à évaluer l'utilisation d'un site Web (en tant qu'outil pédagogique pour améliorer l'acquisition de l'information préopératoire sur l'anesthésie au patient).</p> <p>Les résultats de cette étude appuient l'utilisation de sites web pour renforcer les connaissances des patients sur leur anesthésie. Avoir l'occasion d'examiner l'information à son propre rythme sur un ordinateur à la maison, a des avantages pour le patient. La seconde exposition à l'information déjà discutée est renforcée.</p> <p>Cette étude pilote n'a pas démontré un quelconque lien entre « l'intervention site » et l'anxiété des patients. Les résultats actuels ne sont pas surprenants étant donné la subjectivité de l'interprétation par les sujets, ainsi que la difficulté de saisir des thèmes tels que les « humeurs » dans un format standardisé et vérifiable.</p> <p>Plusieurs autres chercheurs ont tenté de mesurer la satisfaction et / ou « humeurs des patient » après une intervention éducative. Les études de Rice, Mullin &amp; Jarosz (1992) et Gaskey (1987) ont étudié l'anxiété ou les sentiments des sujets en plus de l'instruction préopératoire des patients. Ces deux études ont trouvé une corrélation positive entre ces 2 domaines. Ces chercheurs ont démontré une relation inverse entre la connaissance et l'anxiété. L'étude actuelle a été incapable d'établir une telle relation, cependant, si le nombre de sujets dans le groupe intervention avait été égal au groupe témoin, cette relation aurait peut-être été vue.</p> <p><b>Limites</b></p> <p>Les chercheurs ont noté plusieurs limites à cette étude pilote liées à des facteurs indépendants de leur volonté.</p> <p>La principale limitation est liée à l'exigence de temps pour participer à l'étude. La procédure de sélection des sujets potentiels et l'administration des tests initiaux demandent environ 18 à 30 minutes de temps au sujet. La variation dans le temps dépend de plusieurs facteurs, notamment l'âge du patient, la vitesse de lecture, et le nombre de questions du sujet à propos de l'étude. L'exigence du délai a eu un impact négatif sur les inscriptions des sujets. Plusieurs candidats sur les semaines expérimentales du site ont refusé l'inscription à cause de l'engagement au niveau du temps, et par conséquent il en a résulté une disparité dans les inscriptions pour le groupe contrôle et expérimental (39 et 25 respectivement). Les contraintes de temps tant pour le patient que pour le fournisseur d'informations ont été identifiées comme des obstacles potentiels au niveau de l'interaction qui se produit avant l'intervention.</p> <p>En outre, l'anxiété préopératoire a été identifiée comme un facteur non comportemental affectant les patients et qui</p>



	<p>influence l'efficacité de l'acquisition de l'information préopératoire.</p> <p>Les préoccupations des patients pour leur sécurité et leur santé, liées à la fourniture d'information sur l'anesthésie, ont été identifiées comme facteurs de prédisposition influant la motivation individuelle à acquérir l'information. L'anxiété préopératoire et l'impact perçu sur la qualité des soins anesthésiques peuvent avoir été des facteurs qui ont influencé la décision de participer à l'étude.</p> <p>La tranche d'âge des sujets n'est pas représentative de la population. Ces restrictions diminuent la validité et la généralisation de l'étude à des populations plus large. Les auteurs recommandent des recherches plus poussées dans ce domaine avec de plus grands échantillons.</p> <p>Il a été démontré par cette étude pilote que les sites Web pourraient être utilisés pour influencer positivement les connaissances du patient sur l'information d'anesthésie. Les chercheurs recommandent l'inclusion d'une adresse de site web sur les documents d'information imprimés remis au patient. Le patient pourra se connecter sur le site Web dans l'intimité de son domicile pour examiner des informations importantes ainsi que pour renforcer l'information donnée à des séances d'enseignement préopératoire.</p> <p>Malgré le fait qu'il ya eu une grande augmentation de sites d'information dans le domaine de la santé offerte aux patients, une revue de littérature a révélé qu'il y a eu peu de recherches menées pour évaluer l'impact de cette information. Cette étude pilote confirme la nécessité de poursuivre les recherches dans ce domaine pour vraiment apprécier l'impact de l'information de sites Web sur l'acquisition de connaissances du patient, sur l'anxiété préopératoire, et sur la satisfaction. Avec ces connaissances, les départements d'anesthésie pourront prendre une décision éclairée quant à savoir si un site spécifique peut être utile pour leurs patients.</p>
<b>Commentaires personnels</b>	<p>Informations par site sur l'anesthésie. A développer pour d'autres thèmes autour de la chirurgie.</p> <p>Site intéressant car beaucoup de personnes ont accès à Internet. Attention à l'incapacité pour certaines personnes d'avoir cet accès (personne âgée qui n'a pas internet)</p> <p>Apparemment, ce moyen de donner de l'information n'a pas permis de faire diminuer l'anxiété des patients.</p> <p>Plusieurs limites et recommandations.</p>

<b>N°</b>	<b>10</b>
<b>Auteurs</b>	H. A. Jlala, J. L. French, G. L. Foxall, J. G. Hardman and N. M. Bedfordth
<b>Titre de la recherche</b>	<b>Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia</b>
<b>Journal</b>	British Journal of Anaesthesia
<b>Année de publication</b>	2010
<b>Pays</b>	Royaume-Uni
<b>Question de recherche/ hypothèses/ Objectifs</b>	<p>En résumé :</p> <p>La fourniture d'informations peut atténuer l'anxiété préopératoire des patients. Cependant, la méthode idéale de communiquer cette information est inconnue. La vidéo d'informations peut réduire l'anxiété des patients, même si peu est connu en ce qui concerne l'effet de l'information « multimédia » sur l'anxiété préopératoire des patients subissant une anesthésie régionale.</p> <p>De nombreux patients éprouvent une importante anxiété avant l'opération et ceci affecte 60 à 80% des interventions chirurgicales des patients. L'augmentation de l'anxiété avant l'intervention chirurgicale est associée à des réponses physiopathologiques tels que l'hypertension et des dysrythmies et ceci peut causer le refus des patients à la chirurgie programmée. L'anxiété augmente également le besoin d'anesthésiques pour produire l'inconscience. L'anxiété peut aussi aggraver la perception de la douleur et ainsi augmenter les besoins en analgésie postopératoire. L'anxiété peut diminuer satisfaction globale des patients par rapport aux soins périopératoires. La réduction de l'anxiété préopératoire peut améliorer les résultats chirurgicaux, raccourcir le séjour hospitalier et minimiser les perturbations du mode de vie.</p> <p>Fournir de l'information préopératoire peut réduire l'anxiété des patients. La méthode idéale pour fournir cette information est inconnue. L'information écrite a été utilisé comme un moyen efficace pour délivrer l'information aux patients, mais pas tous les patients sont alphabétisés suffisamment pour lire et comprendre une fiche d'information, en plus, les patients retiendront les informations d'une manière variable.</p>

	<p>L'information « multimédia » (sous la forme d'une vidéo) a fait l'objet d'études randomisées et contrôlées, et la valeur de cette forme d'information pour diminuer l'anxiété des patients avant une chirurgie a été démontrée, même si ces effets étaient faibles et non pris en compte par d'autres études. Des résultats contradictoires peuvent venir du faite de différences méthodologiques, du format du multimédia, des outils de mesure, et de la variabilité dans les populations étudiées.</p> <p>Aucune étude n'a abordé la population de patients subissant une chirurgie sous anesthésie régionale. Par conséquent, les auteurs de cette étude ont développé un court métrage montrant le cheminement du patient dans l'hôpital (y compris l'anesthésie régionale) et ont examiné l'effet de ce film sur l'anxiété périopératoire.</p> <p>But : évaluer l'anxiété périopératoire des patients, subissant une intervention avec une anesthésie locale, ayant visionné ou non une vidéo d'informations.</p>
<b>Population échantillon</b>	<p>Parmi les 187 patients sollicités, 12 ont rendu des questionnaires incomplets et 42 patients ont refusé ou n'ont pas été adapté à la participation (craintes du visionnement du film, soumis à une anesthésie générale). Vingt-trois patients ont été exclus pour d'autres raisons (anesthésie générale, des changements du programme d'opération, d'annulation des opérations).</p> <p>Au total, 110 patients ont complété tous les questionnaires et ont été inclus dans notre analyse. Ces 110 ont été randomisés en 2 groupes (groupe film et groupe contrôle). Ils subissaient</p> <p>une chirurgie programmée du membre supérieur ou inférieur sous anesthésie régionale.</p>
<b>Mots-clés / Devis / Aspects éthiques</b>	<p>Anaesthetic techniques, regional; equipment, videos; stress; surgery, preoperative period / Expérimental / Approbation de l'étude a été fourni par le comité local d'éthique en recherche.</p>
<b>Méthodologie</b>	<p><b>Résumé de la méthode</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomisation des 110 patients</li> <li>- Groupe intervention a visionné le film (créé par les auteurs)</li> <li>- Evaluation de l'anxiété avant et après le film ainsi qu'une heure avant et huit heures après leur opération.</li> </ul> <p>Echelles utilisées : Spielberger state trait anxiety et une EVA</p> <p><b>Méthode :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lettres d'invitation avec une feuille de renseignements sur l'étude ont été envoyées aux patients</li> <li>- <b>Les critères d'inclusion</b> étaient les suivants: adultes âgés de 18-80 ans, ASA I et II (classification en</li> </ul>

	<p>anesthésie), chirurgie éleative sous anesthésie régionale. (bloc nerveux périphérique du plexus brachial pour la chirurgie de la main ou la rachianesthésie pour le genou ou la cheville)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Critères d'exclusion:</b> incapacité à lire et à comprendre l'anglais, troubles de la vue ou l'ouïe significatifs, et un trouble psychiatrique existant</li> <li>- La principale mesure était celle de l'anxiété, évaluée par un instrument auto-administré (STAI).</li> <li>- Les patients ont été répartis au hasard à un groupe de film (en regardant le film) ou un groupe de contrôle (ne regardez pas le film), en utilisant la randomisation informatisée</li> <li>- Le personnel soignant, les chercheurs et les patients ont été « aveuglés »</li> </ul> <p><b>Instruments :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- STAI Le STAI est un instrument de mesure de l'anxiété des patients. Il est validé et largement utilisé. Le STAI-état (STAI-S) se compose de 20 énoncés et les réponses à ceux-ci sont utilisées pour déterminer le niveau d'anxiété d'un patient. Le STAI-trait (STAI-T) se compose d'un ensemble différent de 20 énoncés et les réponses à ceux-ci sont utilisées pour déterminer le niveau d'anxiété (permanent / de la personnalité) d'un patient. Chaque énoncé dans le STAI-S est évalué sur une échelle de quatre points concernant l'accord du sujet avec cette affirmation (pas du tout, un peu, modérément, tout à fait). Ce formule / manière a été utilisé à tous les moments de l'étude pour les deux groupes. Les énoncés dans le STAI-T sont également notés sur une échelle de quatre points (presque jamais, parfois, souvent et presque toujours). Ce formule a été utilisé deux fois pour chaque participant: en entrant dans l'étude et à la sortie de l'étude. Les gammes de score STAI vont d'un minimum de 20 à un maximum de 80. Les scores STAI sont généralement classées comme «peu ou pas d'anxiété» (20-37), «anxiété modérée» (38-44), et « anxiété élevée » (45-80).</li> <li>- EVA (échelle visuelle analogique) de 0 à 10 (aucune anxiété à anxiété maximale imaginable).</li> <li>- « Feedback questionnaire » questionnaire non validé conçu pour cette étude, il a consisté en une série de questions fermée «oui» ou «non». Il a été administré après avoir vu le film d'information. Les patients ont répondu s'ils ont trouvé que le film est une source d'information et si cette source d'information est précieuse. Ils ont noté leur satisfaction avec le film. Les auteurs leur ont aussi demandé s'ils croyaient que le visionnage du film les rendait plus calme ou plus anxieux</li> </ul> <p><b>Film pré-anesthésique</b></p> <p><i>Film 1</i>(bloc nerveux périphérique du plexus brachial)</p> <p>Un film de 9 minutes a été fait sur un homme de 55 ans qui a subi une chirurgie à la main sous un bloc régional. Le film commence par une consultation préopératoire avec l'anesthésiste (consultation réelle). La discussion comprenait : une description du processus de l'anesthésie et des risques encourus, en particulier le risque de lésion du nerf et l'échec du</p>
--	--

	<p>bloc (5%) pouvant nécessiter une conversion à l'anesthésie générale. La discussion a également inclus des conseils postopératoires (la diminution du bloc et les besoins analgésiques). La scène suivante montre le patient entrant dans la salle d'anesthésie et toute la procédure de bloc du plexus brachial. Le patient est alors placé dans la salle d'opération et parle avec l'anesthésiste à côté de lui tandis que les chirurgiens effectuent la procédure. La dernière scène montre le patient transféré en salle de réveil.</p> <p><i>Film 2 (rachianesthésie)</i></p> <p>Un film de 7 minutes a été faite sur une femme de 77 ans qui a subi une arthroplastie du genou gauche sous rachianesthésie. Le film commence par une consultation préopératoire. La discussion a porté une description de la rachi et les risques encourus, en particulier le risque de lésion du nerf, l'échec du bloc (5%) pouvant nécessiter une conversion à l'anesthésie générale, des maux de tête (1:100), des démangeaisons et nausées (très rare), la rétention urinaire (très rare), et la nécessité d'avoir une sonde urinaire. La discussion a également incluse des conseils postopératoires (diminution du bloc et les besoins analgésiques). La scène suivante montre l'emplacement de l'anesthésie. La dernière scène montre le patient transféré à la salle de réveil et il boit.</p> <p>La même personne a filmé et monté les deux films. Le même anesthésiste est apparu dans les deux films. Il donne au patient une information sur les risques, les avantages, les alternatives, et les détails techniques de la procédure de l'anesthésie régionale. Le même chercheur a montré les films aux participants et a supervisé l'achèvement du questionnaire.</p> <p><b>Intervention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consentement éclairé écrit</li> <li>- avant la consultation préopératoire formelle avec l'infirmière et le chirurgien, l'anxiété a été évaluée à l'aide STAI-S, STAI-T, et l'EVA</li> <li>- pas de distinction de l'anxiété en lien à l'anesthésie et à la chirurgie</li> <li>- instructions claires aux patients sur la manière d'évaluer leur niveau global de l'anxiété en utilisant deux tests</li> <li>- les patients du groupe film ont ensuite regardé le film en utilisant un ordinateur portable équipé d'écouteurs. STAI-S et l'EVA ont ensuite été répétés après le film (= 2 semaines avant l'opération)</li> <li>- les commentaires concernant la vidéo ont été enregistrés</li> <li>- tous les patients ont ensuite eu les consultations de routine avec l'infirmière et le chirurgien (pas l'anesthésiste), car ils le rencontre le jour de l'intervention chirurgicale</li> </ul> <p><b>2 semaines avant l'opération :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluation de l'anxiété, pour tous (groupe intervention et contrôle)</li> </ol>
--	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Entretien avec l'infirmière de l'admission et le Dr = entretien de routine (sans l'anesthésiste), pour tous</li> <li>3. En plus pour le groupe intervention : visionnement du film selon type d'anesthésie</li> <li>4. A nouveau pour eux (groupe intervention) : évaluation de l'anxiété</li> </ol> <p><b>Le jour de l'opération : pour tous</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluation de l'anxiété</li> <li>2. CS anesthésiste (de routine) sans explications précises des procédures. Pas d'infos sur les risques de complications (paraplégie, mort, ...) (pas d'infos sur les risques comme cela se fait dans cet hôpital)</li> <li>3. Evaluation de l'anxiété 1h préopératoire</li> <li>4. Evaluation de l'anxiété environ à 2 et à 8 postopératoire</li> </ol> <p>Les patients de l'étude ont reçu les soins standards à ce moment (une entrevue avec un anesthésiste avant la chirurgie le jour de l'opération). Trois anesthésistes ont effectué toutes les, des visites de routine préopératoires. Ils n'ont pas expliqué précisément les procédures avant l'opération, les auteurs ont voulu reproduire la pratique courante pour la divulgation des risques et faire une étude applicable à la pratique réelle.</p> <p>Les patients n'ont pas été spécifiquement informés du risque de complications rares (par exemple, la paraplégie, la mort). Le jour de la chirurgie, les patients sont arrivés environ 2-3 h avant la chirurgie. Tous les patients ont complétés STAI-S et VAS une heure avant la chirurgie. Les visites de routine préopératoires par l'anesthésiste du patient ont été terminés avant l'évaluation STAI-S et EVA. Entre 2 et 8 h après l'opération, les patients ont complété la dernière série de STAI et EVA.</p>
<b>Résultats</b>	<p><b>Résumé des résultats :</b></p> <p>Il n'y avait aucune différence dans l'anxiété état et l'anxiété trait entre les deux groupes lors de l'inclusion des participants. Les femmes ont une base plus élevée d'anxiété état et trait que les hommes (<math>P = 0,02</math>). Les patients du groupe contrôle ont connu une augmentation de l'anxiété état immédiatement avant la chirurgie (<math>P &lt; 0,001</math>), les patients dans le groupe film ont été moins anxieux avant l'opération que ceux dans le groupe contrôle (<math>P = 0,04</math>). Après l'opération, il y a eu une diminution significative de l'anxiété état par rapport aux valeurs initiales dans les deux groupes, mais les patients dans le groupe film ont été moins anxieux que ceux du groupe contrôle (<math>P = 0,005</math>).</p> <p>Les deux groupes ne différaient pas en âge, sexe, poids, techniques d'anesthésie, antécédents et type d'anesthésie précédente, heure de l'inscription à la chirurgie.</p>

	<p><b>Résultats STAI :</b></p> <p>Il n'y avait aucune différence dans les scores d'anxiété état ou trait entre les deux groupes lors de l'inclusion des participants. Le groupe de contrôle a connu une augmentation du score d'anxiété état juste avant la chirurgie (<math>P &lt; 0,001</math>), alors que le groupe du film a montré une augmentation non significative de l'anxiété. Les patients du groupe du film ont été significativement moins anxieux avant l'opération que ceux dans le groupe contrôle (<math>P = 0,04</math>). Après l'opération, il y avait une diminution significative de l'anxiété état par rapport aux valeurs initiales dans les deux groupes, à nouveau les patients dans le groupe film ont été moins anxieux que ceux du groupe contrôle (<math>P = 0,005</math>).</p> <p>Les niveaux d'anxiété dans le groupe film immédiatement après le visionnage du film ont été réduits par rapport aux scores d'anxiété de base, mais cela n'a pas atteint une signification statistique (<math>p = 0,07</math>).</p> <p>Scores d'anxiété Trait (STAI-T) ont été plus faibles après l'opération que lors de l'inscription dans les deux groupes (<math>P &lt; 0,05</math>), mais aucune différence n'a été observée entre les groupes</p> <p>Les femmes avaient des scores significativement plus élevés d'anxiété de base que les hommes (<math>P = 0,02</math>).</p> <p><b>Résultats EVA :</b></p> <p>Les scores d'anxiété mesurée par l'EVA sont corrélés positivement avec les scores STAI-S (<math>P &lt; 0,05</math>). L'EVA ne diffère pas significativement entre les 2 groupes avant l'opération, mais après l'opération. Il y avait une corrélation significative entre les scores d'anxiété 2 semaines avant la chirurgie et immédiatement avant la chirurgie (<math>P &lt; 0,001</math>).</p> <p><b>Résultats du questionnaire :</b></p> <p>Les commentaires du groupe film ont indiqué que 90% étaient satisfaits avec le film et ont estimé qu'il s'agit d'une précieuse source d'information. Environ 70% ont déclaré se sentir plus calme immédiatement après le film (bien que STAI-S n'a pas démontré une différence significative avant et après le film). Avant l'opération, les patients ont exprimé des préoccupations sur la douleur de l'anesthésie, la rétention urinaire, les lésions nerveuses, et les bruits pendant la chirurgie.</p>
<b>Discussion</b>	<p><b>Résumé de la discussion</b></p> <p>L'information préopératoire « multimédia » réduit l'anxiété des patients subissant une chirurgie sous anesthésie régionale. Ce type d'information est facilement délivré et de nombreux patients peuvent en bénéficier.</p>

	<p>Dans cette étude prospective, randomisée et contrôlée, les auteurs ont démontré que le visionnement d'un court film d'information avant l'opération réduit l'anxiété des patients subissant une chirurgie électorale sous anesthésie régionale. Cet effet a été soutenu dans la période postopératoire.</p> <p>La prévalence de l'anxiété «haute» chez les patients ayant une intervention chirurgicale sous anesthésie locorégionale était de 17% dans l'évaluation 2 semaines avant la chirurgie. Immédiatement avant la chirurgie, ce chiffre est passé à 27% chez ceux qui ont regardé le film et 36% chez ceux qui n'ont pas le film. Après l'opération, seulement 2% ont déclaré une forte anxiété dans le groupe film, contre 5% dans le groupe témoin. Ces différences démontrent l'efficacité de l'intervention. Les scores d'anxiété étaient généralement plus élevés chez les femmes attendant la chirurgie. En accord avec les études antérieures, cela peut laisser croire que plus d'attention doit être dirigée vers les femmes pour atténuer l'anxiété.</p> <p><b>Discussion sur les instruments de mesure :</b></p> <p>Dans cette étude, les auteurs ont constaté une corrélation positive significative entre les deux instruments de mesure de l'anxiété (STAI et EVA). Bien que l'EVA n'ait pas montrée de différence d'anxiété entre les groupes dans la période préopératoire, elle a été assez sensible pour détecter un changement significatif après l'opération et a montré cette tendance constante pendant toute la durée de l'étude.</p> <p>Cela pourrait être attribué à la «<i>central tendency bias</i>» tendance dans laquelle les patients évitent d'utiliser les scores extrêmes (en raison de la méconnaissance de cette méthode) quand ils ne sont pas sûr de savoir comment répondre. Cela peut montrer la supériorité de l'échelle de Spielberger (STAI) dans la détection des changements plus subtils de l'anxiété. L'EVA peut conserver une certaine utilité dans l'évaluation des patients en difficulté de lecture ou de compréhension ou dans des situations d'anxiété extrême.</p> <p>Des études antérieures ont montré que l'anxiété des patients le jour avant l'intervention chirurgicale corrélait avec celle immédiatement avant l'opération. Les chercheurs ont constaté que l'anxiété deux semaines avant la chirurgie est également corrélée avec celle qui survient juste avant la chirurgie, ce qui indique que les niveaux élevés d'anxiété immédiatement avant l'opération peut être prédite tôt. Il n'y a pas de consensus sur ce qui constitue un changement cliniquement significatif dans le système de notation d'anxiété.</p> <p>Les auteurs de cette étude ont montré un effet positif de leur intervention. Ils pensent que leur intervention (audio + visuelle) est un outil complémentaire et non un substitut à d'autres méthodes de fourniture d'informations sur l'anesthésie (par exemple : information écrite (dépliant) ou verbale (médecin)). Les auteurs reconnaissent que la réduction de l'anxiété pourrait avoir été soit en raison d'un effet spécifique du film ou soit en raison de la plus grande</p>
--	---



	<p>quantité d'informations reçues.</p> <p>Leur intention était de comparer ce processus (de montrer aux patients une vidéo) avec l'actuelle façon de faire dans les soins, qui est une visite préopératoire d'évaluation au cours de laquelle le patient est évalué par une infirmière et vu par le chirurgien, mais pas par un anesthésiste.</p> <p>Par conséquent, les avantages potentiels de ce type d'intervention est une méthode très efficace d'attribuer de l'information aux patients, en plus de toutes visites faites par un anesthésiste.</p> <p><b>Les limites de l'étude :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le film pré-anesthésique a été montré aux participants 2 semaines avant le jour de la chirurgie, les auteurs ne peuvent pas contrôler l'information reçue par les patients dans l'intervalle précédant la chirurgie, ce qui pourrait avoir affecté les résultats.</li> <li>- Les patients subissant une chirurgie des membres supérieurs et inférieurs peuvent différer dans leurs réponses concernant l'anxiété et les auteurs ont choisi de fusionner ces deux groupes afin de fournir un échantillon de patients subissant une anesthésie locorégionale, plutôt que sur un type spécifique de chirurgie. En dépit de ces différences possibles entre les groupes, les auteurs pensent que les résultats sont plus applicables à une population générale des patients subissant des interventions sous anesthésie régionale.</li> <li>- Ils ont voulu inclure tous les patients en attente de la chirurgie et donc ils n'ont pas vu l'effet de l'expérience chirurgicale antérieure sur l'anxiété. L'analyse de ces sous-groupes n'a pas montré de différence significative. Bien que les études précédentes aient démontré des effets variables d'une intervention chirurgicale antérieure sur l'anxiété périopératoire, les auteurs pensent que ces patients ont tendance à être moins anxieux, qui ont tendance à produire une plus grande différence dans les groupes.</li> <li>- Une vidéo éducative sur l'anesthésie peut améliorer les connaissances et la compréhension des patients. Cependant, les auteurs n'ont pas examiné combien d'informations le groupe d'étude a retenu. L'acquisition de connaissances peut avoir été un mécanisme pour réduire l'anxiété dans le groupe d'étude. Cette question doit être étudiée chez les patients subissant une intervention chirurgicale sous anesthésie locorégionale.</li> <li>- L'anesthésie est juste une des causes de l'anxiété, les auteurs n'ont pas d'explorer l'effet des autres sources potentielles d'anxiété, telles que les techniques chirurgicales, le succès de l'opération, la crainte de complications prévues, ou la quantité d'information fournie aux patients.</li> <li>- Vingt-deux patients qui étaient admissibles à l'étude ont refusé de participer; ces patients peuvent avoir été les plus anxieux. Donc, la population peut avoir été faussée lors du recrutement.</li> </ul>
--	---

	<p>Environ un tiers des patients ayant une intervention chirurgicale sous anesthésie locorégionale sont très anxieux avant l'opération, avec une incidence plus élevée chez les femmes. Cette anxiété peut affecter la compréhension et le rappel des informations chez les patients ainsi que leur capacité de donner leur consentement.</p> <p>L'information audiovisuelle réduit l'anxiété pré-et postopératoire et peut être particulièrement utile à ceux qui ont des difficultés de lecture et de compréhension, ou les 2.</p> <p>Les questions économiques sont une pression continue sur les soins. Un film d'information est un moyen efficace et pratique pour informer les patients et réduire leur anxiété. Cela peut facilement être effectué durant l'évaluation préopératoire, ce qui permet un temps suffisant de réflexion avant la chirurgie, ce qui pourrait rendre les informations reçues plus efficaces.</p>
<b>Commentaires personnels</b>	

<b>N°</b>	<b>11</b>
<b>Auteurs</b>	Stephan Doering, Florian Katzlerberger, Gerhard Rumpold, Silvia Roessler, Beatrix Hofstoetter, Dieter S. Schatz, Hannes Behenski, Martin Krismer, Gabrielle Luz, Petra Innerhofer, Herbert Benzer, Alois Saria and Gerhard Schuessler.
<b>Titre de la recherche</b>	<b>Videotape Preparation of Patients Before Hip Replacement Surgery Reduces Stress</b>
<b>Journal</b>	Psychosomatic Medicine
<b>Année de publication</b>	2000
<b>Pays</b>	Autriche
<b>Question de recherche/ hypothèses/ Objectifs</b>	<p><b>Résumé : objectif de l'étude</b></p> <p>La chirurgie électorale représente une source considérable de stress pour le patient. De nombreuses tentatives ont été tentées pour préparer les patients avant une intervention chirurgicale dans le but de réduire le stress et améliorer les résultats. Cette étude a utilisé une nouvelle approche pour atteindre cet objectif en montrant une vidéo d'un patient subissant une arthroplastie totale de hanche, couvrant la période allant de l'admission à la sortie.</p> <p>Déjà depuis 1958, des recherches étudient les états psychologiques en période préopératoire. Une variété de variables influent sur le résultat après la chirurgie, s'agit notamment des états émotionnels (peur, dépression, stress, un sentiment de désespoir), traits de personnalité (l'anxiété trait, le locus de contrôle, d'adaptation), et les paramètres physiologiques (transpiration palmaire, conductivité de la peau, pression artérielle, fréquence cardiaque, temps d'agrégation plaquettaire, taux de cholestérol sérique, les taux de prolactine, niveaux de corticostéroïdes plasma). Plusieurs auteurs ont montré une relation linéaire, avec un niveau bas d'anxiété et la prédiction de meilleurs résultats.</p> <p>Les traits de personnalité ont une forte incidence sur les résultats chirurgicaux. Des niveaux élevés d'anxiété trait, comme l'anxiété état élevée, conduisent à un moins bon résultat.</p> <p>Il est devenu clair que l'état psychologique préopératoire d'un patient influence les résultats de la chirurgie.</p>

	<p>Plusieurs interventions ont été testées pour diminuer les soucis chez les patients.</p> <p>Cette étude prend en considération les résultats de recherches antérieures et fournit une nouvelle combinaison de méthodes de préparation psychologique avant l'opération. Les auteurs ont préparé une vidéo qui couvre la période de l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital en montrant un patient cette vidéo s'oriente sur le point de vue du patient. Ainsi, elle fournit des informations sur les procédures ainsi que les instructions comportementales et de l'information sensorielle. D'ailleurs, cela <b>donne au patient en préopératoire la possibilité de s'identifier avec un patient qui a subi avec succès la même opération.</b></p> <p>La question de l'identification d'un patient en phase préopératoire avec un patient sur bande vidéo qui a maîtrisé le processus de la chirurgie n'a pas été étudié. Pour évaluer les résultats, les auteurs ont utilisé différents paramètres : cliniques (douleur, la consommation postopératoire d'analgésiques), psychologiques (anxiété), et physiologiques (pression artérielle peropératoire et la fréquence cardiaque, l'excrétion urinaire de cortisol et de catécholamines).</p> <p><b>But :</b> Cette étude a été menée dans le but de déterminer si la préparation préopératoire au moyen de cette cassette vidéo réduit l'anxiété et le stress périopératoire chez les patients subissant une arthroplastie totale de hanche.</p>
<b>Population échantillon</b>	<p><b>100 personnes randomisées</b></p> <p>145 atteints d'arthrose de la hanche qui ont été programmés pour une PTH au département d'orthopédie de l'Hôpital universitaire d'Innsbruck (Innsbruck, Autriche) ont été invités, le jour de l'admission, à participer à l'étude. 45 patients ont refusé de participer, surtout parce qu'ils considéraient que le visionnement une bande vidéo sur l'opération le soir avant la chirurgie serait menaçant et inquiétant (26 patients), 7 patients ne voulaient pas toute l'information sur l'opération, 6 ne voulaient pas remplir les questionnaires, et 6 ont mentionné d'autres raisons.</p> <p>Une centaine de patients ont été inclus dans l'étude après avoir donné un consentement éclairé écrit.</p> <p><b>Les critères d'inclusion</b> étaient les suivants: l'âge de 18 ans ou plus, le diagnostic d'arthrose de la hanche, chirurgie de la hanche sans précédent remplacement, chirurgie programmée prévu, sans co morbidité qui pourraient altérer l'excrétion du cortisol et de catécholamines, sans co morbidité associée à des douleurs sévères qui pourraient fausser le calcul de la douleur, pas de co morbidité psychiatrique qui pourrait réduire la capacité de comprendre la bande vidéo et des questionnaires (surtout pas de la démence), et aucun médicament qui pourrait affecter l'excrétion urinaire de cortisol et de catécholamines (surtout pas de stéroïdes).</p>
<b>Mots-clés / Devis / Aspects</b>	<p>surgery, preparation, videotape, anxiety, cortisol, catecholamines (chirurgie, préparation, cassette vidéo, anxiété, cortisol, catécholamines) / Expérimental / L'étude a été approuvée par la commission d'éthique de la faculté de</p>

<b>éthiques</b>	médecine de l'université d'Innsbruck.
<b>Méthodologie</b>	<p><b>Résumé de la méthode</b></p> <p>Avant une chirurgie de remplacement de hanche total, 100 patients ont été assignés au hasard à un groupe témoin ou un groupe de préparation (groupe intervention). Le groupe de préparation a vu la bande vidéo le soir avant la chirurgie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'<b>anxiété</b> et la douleur ont été évalués quotidiennement pendant 5 jours, à compter du jour préopératoire, par le biais de « State-Trait Anxiety Inventory » (STAI) et avec une échelle visuelle analogique.</li> <li>- La fréquence cardiaque et la pression artérielle peropératoire, ainsi que</li> <li>- l'apport postopératoire d'analgésiques et sédatifs, ont été enregistrés.</li> <li>- Les concentrations urinaires de cortisol, d'adrénaline et de noradrénaline ont été mesurées sur 12 heures durant la nuit pendant 5 nuits, en commençant par la nuit préopératoire.</li> </ul> <p><b>Procédure</b></p> <p>Les patients qui ont accepté de participer ont été affectés au hasard au groupe de préparation ou de contrôle et ont reçus la visite par un psychologue ou un médecin du département de médecine psychologique et de psychothérapie sur l'après-midi de la journée préopératoire (l'opération a été réalisée 1 à 3 jours après l'admission).</p> <p>Les médecins des départements d'orthopédie et l'anesthésie sont « aveugles » à la distribution des patients dans les 2 groupes. Les données démographiques ont été recueillies, et des questionnaires de mesure de l'anxiété trait et état, de la dépression et de la douleur ont été remplis par les patients. Les questionnaires de l'anxiété état et de la douleur à remplir dans les 4 jours suivants ont également été distribués aux patients. De plus, les patients ont été chargés de recueillir des échantillons d'urine de 19 heures à 7 heures. (= pour tous les participants de l'étude).</p> <p>Le soir de la journée préopératoire, les patients du groupe de préparation (groupe intervention) ont reçus à nouveau la visite du même membre du personnel de l'hôpital entre 18 et 19 heures et ils ont vu la vidéo en présence de l'enquêteur.</p> <p>Les échantillons d'urine de douze heures pour la mesure de l'excrétion du cortisol et de catécholamines ont été recueillis les 5 nuits consécutives en commençant par la nuit préopératoire,</p> <p>L'anxiété état et la douleur ont été évaluées dans le matin du jour de l'opération et sur les 3 jours postopératoires.</p> <p>Information sur la fréquence cardiaque et la pression artérielle peropératoire a été obtenue à partir des dossiers d'anesthésie ; les informations sur la consommation postopératoire d'analgésiques et de sédatifs et de la durée</p>

	<p>d'hospitalisation on été obtenues avec documentation orthopédiques de routine ; les détails sur le premier jour de marche et la première tentative de monter les escaliers ont été obtenus à partir des dossiers du physiothérapeute. Les graphiques des dossiers ont été évalués par l'auteur seulement; donc, pas de tests de fiabilité n'a été effectué.</p> <p><b>Bande vidéo</b></p> <p>Un film de 12 minutes a été fait sur un homme de 55 ans souffrant d'arthrose de la hanche au cours de son séjour à l'hôpital l'été 1996. Le patient a accepté que cette vidéo soit montrée à s'autres personnes et qu'elle soit utilisée à des fins de recherches.</p> <p>Le film tient strictement à la perspective du patient, ce qui signifie qu'il montre tout ce qui pourrait être vu par le patient lui-même. = comme si on était dans les yeux du patient.</p> <p>Des parties du film contiennent les dialogues originaux. Dans d'autres parties, un narrateur donne des informations procédurales et les rapporte les pensées et les sentiments du patient qui ont été prises à partir d'une interview du patient avant la sortie de l'hôpital.</p> <p>Le film commence par une scène montrant le patient entrant à l'hôpital et sa chambre. La scène suivante montre le patient au lit le soir précédant l'opération qui parle avec une infirmière.</p> <p>Ses pensées et ses sentiments sont rapportés par le narrateur. Le matin de l'opération, le patient reçoit la prémédication, et le narrateur explique le but du médicament et du cathéter urétéral. Le patient, dans son lit, est poussé dans la salle d'opération et soulevé (mis) sur la table d'opération. Les procédures de préparation sont présentés et décrits (positionnement du matériel de surveillance, administration de la perfusion intraveineuse, administration de la rachianesthésie et désinfection et drap sur de le patient). Le patient est déplacé dans la salle d'opération, sa tête est tournée vers l'anesthésiste à côté de lui. Il porte des écouteurs et écoute une cassette audio qu'il avait choisi avant; les bruits de l'opération peuvent se faire entendre et sont expliquées par le narrateur. Après l'opération, le patient reçoit une transfusion de sang autologue (sang prélevé en préopératoire). Le même jour, il est visité par l'anesthésiste et le chirurgien orthopédiste. Les scènes suivantes montrent le patient qui se lève du lit pour la première fois avec l'aide d'un physiothérapeute et monte les escaliers pour la première fois. La dernière séquence montre sa sortie de l'hôpital, le patient est représenté avec sa femme et son fils en disant au revoir aux infirmières et quitte l'hôpital.</p> <p><b>Questionnaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'anxiété a été mesurée au moyen du STAI, le questionnaire trait (STAI-X2) était à remplir le durant le jour</li> </ul>
--	---

	<p>préopératoire, et la version état (STAI-X1), sur 5 jours consécutifs à compter du jour préopératoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La dépression a été mesurée avec l'échelle de « Von Zerssen Depression Scale »</li> <li>- Pour l'évaluation de la douleur : EVA</li> </ul> <p>Le jour préopératoire, les patients ont été invités à évaluer leur niveau moyen de la douleur au cours de la semaine précédente, la douleur réelle a été évaluée sur 5 jours consécutifs à compter du jour préopératoire.</p> <p><b>Mesures physiologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les détails de la pression artérielle peropératoire et la fréquence cardiaque ont été pris à partir des dossiers d'anesthésie. Une augmentation peropératoire de 15% ou plus de la pression artérielle systolique et de la fréquence cardiaque a été considérée comme pertinente.</li> <li>- Pour évaluer la sécrétion d'hormones du stress par les glandes surrénales, des échantillons d'urine de 12 heures, recueillies la nuit, ont été utilisés.</li> </ul> <p>Cette méthode, en particulier pour l'évaluation de <b>cortisol</b>, est préférée car elle révèle la production d'hormones intégrée dans la journée, alors que les prélèvements de plasma ne permettent pour l'évaluation de l'activité momentanée. Un autre avantage de la collecte des échantillons d'urine la nuit, c'est que la procédure est non invasive et n'est pas en soi un facteur de stress qui pourrait augmenter la production d'hormones du stress chez le patient, comme, par exemple, ponction veineuse. Les patients ont reçu un « bocal » de 2000 ml en plastique qui contenait 0,5 g de l'acide éthylène et 0,5 g de métabisulfite de sodium pour la conservation de l'échantillon. Ils ont été invités à vider leur vessie au début de la période d'échantillonnage à 19 heures (cette partie a été rejetée), de recueillir l'urine à partir de là, et à vider leur vessie à nouveau à 7 heures le lendemain matin (cette partie a été recueillie). Après l'opération, le personnel infirmier recueilli de l'urine des sacs urinaires. Dans la matinée, le montant total de l'urine excrétée a été documenté. Tous les échantillons ont été stockés à 280 ° C jusqu'à l'analyse. Le cortisol a été déterminé au moyen d'un dosage spécial.</p> <p>Evaluation de l'<b>adrénaline</b> et la <b>noradrénaline</b> également. Les concentrations mesurées dans les échantillons (mg / litre) ont été multipliées par le montant total de l'urine excrétée en 12 heures (en litres), indiquant le montant total de l'hormone excrétée pendant la nuit.</p> <p><b>La prise de sédatifs et analgésiques</b> Pas pour ma question de recherche</p>
<b>Résultats</b>	<p><b>Résumé des résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparativement au groupe contrôle, le groupe intervention (qui a vu le film) a montré significativement moins d'anxiété dans la matinée avant l'intervention et le matin des 2 premiers jours postopératoires.</li> <li>- Significativement aussi, beaucoup moins d'entre eux avaient une augmentation de pression artérielle systolique de plus de 15% en peropératoire.</li> <li>- Les cotes de la douleur ne différaient pas significativement entre les deux groupes, mais les patients préparés ont eu moins besoin d'analgésiques après l'intervention chirurgicale.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients préparés avaient significativement une plus faible excrétion de cortisol au cours de la nuit préopératoire et les 2 premières nuits postopératoires. L'excrétion de catécholamines ne différait pas significativement entre les groupes.</li> </ul> <p>Pas de différences significatives dans les variables démographiques des patients.</p> <p><b>Résultats par rapport à l'anxiété état</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La veille de la chirurgie, les patients des deux groupes ont montré à peu près le même niveau d'anxiété état.</li> <li>- Le matin de la chirurgie, après que le groupe de préparation avait vu la cassette vidéo la veille au soir, le niveau moyen d'anxiété état a augmenté dans le groupe contrôle, alors qu'il est resté pratiquement inchangé dans le groupe de préparation (groupe intervention).</li> <li>- Après l'opération, les niveaux moyens d'anxiété état ont diminué dans les deux groupes, mais les niveaux dans le groupe de préparation sont restés inférieurs pendant les 4 jours postopératoires.</li> </ul> <p>Ces différences ont été significatives dans la matinée avant la chirurgie (<math>p = 0,032</math>) et sur les 2 premiers jours postopératoires (<math>p = 0,022</math> pour 1<sup>er</sup> jour et <math>p = 0,048</math> 2<sup>ème</sup> jours)</p> <p>Concernant la douleur (mais pas pour ma question de recherche), pas de différences significatives</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parmi les <b>paramètres cardio-vasculaires peropératoires</b>, c'est seulement la <b>pression artérielle qui était significativement différente</b> entre les deux groupes. Le groupe de contrôle inclu plus de patients qui avaient une augmentation de la pression artérielle systolique de plus de 15% (groupe contrôle, 39 patients; groupe intervention, 22 patients. <math>p = 0,013</math>).</li> </ul> <p>Il n'y avait aucune différence significative entre les groupes par rapport à l'augmentation de la fréquence cardiaque peropératoire (groupe contrôle, 24 patients; groupe intervention, 24 patients).</p> <p><b>Concerne douleur = pas pour ma question de recherche</b></p> <p>Au cours de la période postopératoire jusqu'au quatrième jour postopératoire, le groupe intervention a nécessité moins de médicaments analgésiques que le groupe contrôle. Ces résultats ont été significatifs pour les antirhumatismes non stéroïdiens (Anti-inflammatoires non stéroïdiens) (<math>p=0.012</math>), les opioïdes (<math>p=0,037</math>), et le montant total des analgésiques (<math>p=0,012</math>). Il n'y avait pas de différences significatives dans la prise de sédatifs pendant les 4 jours postopératoires (groupe de contrôle, 0.77 doses; groupe intervention, 0.83 doses). Les deux groupes ont sorti du lit à peu près au même moment après l'intervention (groupe contrôle, 1.1 jours; groupe intervention, 1.2 jours), ont monté les escaliers en même temps (groupe contrôle, 6.4 jours; groupe intervention, 6.7 jours), et ont sorti de l'hôpital en même temps (groupe contrôle, 11.2 jours; groupe intervention, 11.5 jours).</p>
--	--



### Concernant l'excrétion des hormones de stress

Les échantillons d'urine de la nuit ont été collectés dans la nuit préopératoire; à ce moment, le groupe intervention avait vu la vidéo (les premières mesures de l'anxiété et la douleur ont été faites sur l'après-midi de la journée préopératoire, avant que le groupe intervention ait vu le film).

Le cortisol a été mesuré chez tous les patients de l'étude (N=100), tandis que les catécholamines ont été évaluées seulement chez les 30 premiers patients, car les résultats à ce moment n'ont pas révélé de tendances à la différence entre les groupes.

Les patients dans le groupe intervention avaient une excrétion significativement plus basse de cortisol en préopératoire ( $p=0.001$ ) et durant les 2 premières nuits postopératoires ( $p=0.016$  et  $P=0.003$  respectivement) que les patients du groupe contrôle. Ces différences ont diminué au cours des 2 nuits suivantes (figure 4).

Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes dans l'excrétion d'adrénaline et de noradrénaline.

Les mêmes calculs ont été effectuées séparément pour les patients ayant subi une chirurgie avec anesthésie spinale et ceux qui avaient eu une anesthésie générale. Aucune différence significative dans les paramètres de résultats n'a eu lieu entre ces deux groupes et au sein des 2 groupes. Néanmoins, chez les patients ayant subi une chirurgie avec rachianesthésie, ceux qui ont vu la bande vidéo avait :

- leurs niveaux d'anxiété état significativement plus faible sur les 2 premiers jours postopératoires ( $p=0.023$  et  $p=0.032$  respectivement),
- l'excrétion de cortisol significativement plus bas le nuit préopératoire et la 2<sup>ème</sup> nuit postopératoire ( $p<0.001$  pour les deux nuits),
- une augmentation significativement inférieure de la pression artérielle systolique en peropératoire ( $p=0,01$ )
- et avaient besoin significativement de moins d'opiacés et le total des antalgiques ( $p =0.001$  pour les 2 médocs) pendant les 4 jours postopératoires.

Ce n'était pas le cas chez les patients qui avaient une anesthésie générale, bien que les tendances aient été dans la même direction.

Des calculs séparés pour les sous-groupes entre les sexes n'ont pas révélé de différences significatives entre les femmes et les hommes dans les groupes intervention et contrôle.

Des différences significatives étaient rares dans les petits sous-groupes :

	<p>les hommes dans le groupe intervention avaient des niveaux significativement plus bas d'anxiété état sur les deuxième et troisième jours postopératoires (<math>p=0,003</math> et <math>p=0,018</math>, respectivement) et avait besoin d'un montant nettement inférieur au total des analgésiques (<math>p=0,038</math>) par rapport aux hommes dans le groupe contrôle</p> <p>Ces différences significatives n'ont pas été d'observer chez les femmes. Chez les femmes qui ont vu la bande vidéo, l'excrétion du cortisol a été significativement plus faible que chez les sujets contrôle dans la nuit préopératoire (<math>p&lt;0.001</math>) et les 3 premières nuits postopératoires (<math>p=0.001</math>, <math>0.017</math>, <math>0.026</math>, respectivement).</p> <p>Cet effet n'était pas significatif chez les hommes. De plus, la différence significative (<math>p=0.006</math>) en moins d'augmentation de la pression artérielle systolique peropératoire observée chez les femmes dans le groupe intervention n'a pas été observée chez les hommes dans le groupe intervention.</p>
<b>Discussion</b>	<p><b>En résumé</b></p> <p>Les auteurs de l'étude concluent que l'utilisation de la bande vidéo diminue l'anxiété et le stress, mesurés en termes d'excrétion du cortisol urinaire et en termes d'augmentation peropératoire de la pression artérielle systolique, chez les patients subissant une chirurgie de remplacement de la hanche et les prépare à mieux faire face à la douleur postopératoire.</p> <p>Les résultats montrent que notre préparation vidéo avant arthroplasties de la hanche totale a réduit l'anxiété, le stress (mesuré en termes de l'excrétion du cortisol), l'augmentation peropératoire de la pression systolique, et la nécessité d'analgésiques postopératoires.</p> <p>Les auteurs attribuent ce succès au fait que la procédure de préparation associant des techniques variées qui ont été utilisés avec succès par des chercheurs précédents (Johnston &amp; Vögele, 1992), tels que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des informations sur la procédure,</li> <li>- des informations sensorielles,</li> <li>- et, dans une moindre mesure, des instructions comportementales.</li> </ul> <p>De plus, le film contient une nouveauté. En montrant le processus de la chirurgie strictement par rapport au point de vue du patient, les patients qui regardent le film avant de leur propre opération ont la possibilité de s'identifier au patient sur le film, qui réussit à maîtriser cette situation stressante et menaçante.</p> <p>Les auteurs font l'hypothèse que ce processus d'identification induit potentiellement une plus grande intensité d'anticipation d'adaptation qui pourrait réduire l'anxiété et le stress de la situation réelle de la chirurgie.</p>

	<p>La prise d'analgésiques a été plus faible chez les patients dans le groupe intervention au cours des 4 jours postopératoires, bien que les patients dans les deux groupes ont eu pratiquement la même « quantité » de douleur. Encore une fois, les auteurs supposent que ce résultat est dû à l'amélioration des capacités d'adaptation : les patients préparés peuvent être en meilleure mesure de faire face à la douleur postopératoire, car ils ont une idée plus concrète et anticipent leurs rétablissements rapides après la chirurgie.</p> <p>La procédure utilisée avec la vidéo de préparation montre des influences psychologiques ainsi que des variables physiologiques et cliniques. Ceci augmente la validité de son effet.</p> <p>Le fait que les variables sur les résultats : sortir du lit, monter les escaliers, et durée d'hospitalisation n'ont pas montré de différences entre les groupes peut être dû principalement à la clinique de routine: arthroplasties de la hanche totale, la gestion peropératoire anesthésiologie, et la période de relèvement précoce sont des procédures hautement standardisés. À l'Université d'Innsbruck au service d'orthopédie, sortir du lit est prévu le premier jour postopératoire; monter un escalier, le sixième jour, et la sortie, pour le jour 11 après l'opération.</p> <p>En ce qui concerne les paramètres hormonaux, seulement l'excrétion du cortisol a révélé des différences significatives entre les groupes. (pas de différence pour les catécholamines).</p> <p>Des études ont rapporté des résultats avec le cortisol (cf biblio 17, 18, 1). Dans deux études (17, 18) les auteurs ont signalé une augmentation des niveaux de cortisol plasmatique immédiatement après l'opération chez les patients formés à une technique de relaxation et une diminution chez les patients qui ont subi un exercice d'imagerie active d'adaptation avant la chirurgie par rapport à des sujets témoins. Les auteurs de ces 2 études se sont appuyés sur la théorie de (1 en 1958), qui disait que la réduction de l'anxiété état chez les patients formés à des techniques de relaxation peut avoir contribué à l'augmentation des niveaux de cortisol.</p> <p>La procédure de l'étude est plus proche de (17,18) avec l'adaptation grâce aux images qu'à la technique de relaxation, parce que les stratégies visent vers l'anticipation plutôt que vers la distraction.</p> <p>Les auteurs n'ont pas trouvé de différences dans les niveaux de noradrénaline plasmatique et les niveaux d'adrénaline. Ceci est probablement dû au fait que les taux plasmatiques de catécholamines sont connus pour augmenter immédiatement dans une situation aiguë de stress et de diminuer à nouveau dans un délai très court. (supposition que pendant la nuit, moins des facteurs de stress à court terme ont agir sur le patient ou que la production de catécholamines est beaucoup plus influencé par le stress de la chirurgie des lésions corporelles, alors que la sécrétion de cortisol est plus sensible aux facteurs de stress psychosocial). Des mesures répétées de concentrations plasmatiques pourraient être plus approprié dans cette situation.</p>
--	--

	<p>La différence significative entre les groupes par rapport à l'augmentation de la pression artérielle systolique, confirme le résultat de Manyande et al. (17), qui ont déclaré significativement une plus faible pression artérielle peropératoire chez les patients préparés avec les techniques de relaxation préopératoire.</p> <p>Bien que l'on puisse supposer que le stress physique de la procédure chirurgicale elle-même aurait un impact beaucoup plus élevé sur le système cardio-vasculaire que la préparation psychologique, les faibles niveaux d'anxiété chez les patients préparés ont pu avoir un effet stabilisateur sur le système cardio-vasculaire, en gardant le sang la pression dans les limites de fluctuation de 15%.</p> <p>Le type d'anesthésie administrée (rachidienne ou générale) n'a pas changé la tendance des résultats. En raison de la petite taille des sous-groupes, la plupart des comparaisons entre les groupes intervention et contrôle n'ont pas atteint une signification lorsqu'elle est calculée séparément pour les patients qui ont subi une anesthésie rachidienne et générale. Parce que les auteurs n'ont pas trouvé de différences significatives dans les résultats entre la préparation / la rachianesthésie et la préparation / groupes d'anesthésie générale, ils supposent que leur vidéo améliore les résultats chez les patients sous anesthésie rachidienne ou soit générale.</p> <p>Néanmoins, le fait qu'un certain nombre de différences significatives sont survenues dans les sous-groupes de patients sous rachianesthésie, qui n'ont pas été retrouvées chez les patients sous anesthésie générale, suggèrent que les patients chez qui la rachianesthésie est utilisée pourraient tirer davantage profit en visionnant la vidéocassette que ceux qui recevront une anesthésie générale.</p> <p>Un film qui montre une anesthésie générale à la place de la rachianesthésie pourrait conduire à des résultats plus significatifs chez les patients sous anesthésie générale.</p> <p>Le ratio hommes / femmes a été un peu plus élevé dans le groupe contrôle que dans le groupe intervention. Bien que cette différence ne fût pas significative, pour écarter un biais, les auteurs ont calculé les comparaisons de groupe entre les patients masculins et féminins.</p> <p>Les femmes avaient des niveaux d'anxiété plus élevés le jour préopératoire et l'excrétion de cortisol sur les nuits préopératoire et sur les 2<sup>èmes</sup> et 3<sup>èmes</sup> nuits postopératoires.</p> <p>Les comparaisons de groupes distincts (entre les groupes intervention et contrôle) ont révélé les mêmes tendances chez les femmes et les hommes comme dans l'échantillon total.</p> <p>Les effets significatifs de la préparation (vidéo) ont pu être observés en ce qui concerne la prise d'analgésiques et de l'anxiété chez les hommes et à l'égard de l'augmentation du cortisol et de la tension artérielle systolique chez les</p>
--	--

	<p>femmes.</p> <p>Les auteurs interprètent ces différences entre sous-groupes de genre comme très probablement dues au hasard, l'effet pourrait avoir atteint une signification dans un sous-groupe, alors qu'il est resté en dessous du seuil dans l'autre.</p> <p>Une limite de cette étude est que les auteurs n'ont pas inclus une attention personnelle au groupe contrôle. En raison des préoccupations pratiques et surtout éthiques, ils n'ont pas laissés les patients regarder le film par eux-mêmes. Ainsi, tous les patients du groupe de préparation, en plus de regarder le film, a reçu environ 30 minutes d' "attention" d'un chercheur. (Cela a été fait pour empêcher que les patients soient laissés seuls avec une anxiété sévère qui pourrait avoir été provoquée par la vidéo).</p> <p>La présence du chercheur pourrait avoir contribué à l'effet positif de la procédure de préparation.</p> <p>L'échantillon de patients ne peut pas être considéré comme représentatif des patients en chirurgie en général, car il comprend des sujets plus âgés avec un faible niveau d'éducation qui vivent principalement dans les zones rurales. Cela pourrait être une raison pour laquelle 45 patients (31%) ont refusé de prendre part à l'étude, la plupart d'entre eux déclarant qu'ils ne voulaient pas être confronté avec les détails de l'opération imminente.</p> <p>Néanmoins, en gardant à l'esprit qu'un style d'adaptation d'évitement a été démontré dans le processus d'adaptation de la chirurgie (biblio 9), la décision de ne pas prendre part à une étude, qui pourrait donner des informations sur l'opération, peut être considérée comme un élément potentiellement significatif d'un moyen d'adaptation pour faire face. Pour ce groupe de patients, la préparation au moyen d'une bande vidéo informative peut-être inadaptée, alors que sous une forme différente de la préparation pré-chirurgicale qui utilise des techniques de distraction, comme les procédures de relaxation, pourrait être utile pour eux.</p> <p>On peut supposer que les différents styles d'adaptation demandent des procédures différentes pour la préparation préopératoire.</p> <p><b>Conclusion</b></p> <p>Les auteurs concluent que leur vidéo est bien adaptée pour diminuer l'anxiété et le stress mesurés en termes d'augmentation peropératoire de la pression artérielle et l'excrétion de cortisol ainsi que de réduire le besoin d'analgésiques postopératoires chez les patients subissant une chirurgie de remplacement de la hanche.</p> <p>Chez les patients qui ne veulent pas voir le film, ce genre de préparation avant la chirurgie pourrait être inadapté et ne devrait donc pas être utilisé. La procédure de préparation comprend également la présence d'un chercheur, qui peut</p>
--	---

	<p>contribuer à l'effet positif.</p> <p>Cette technique de préparation préopératoire devrait être étudiée dans différents échantillons de patients (par exemple, ceux qui subissent différents types de chirurgie, appartenant à des groupes d'âge plus jeunes, ou qui vivent dans les zones urbaines).</p>
<b>Commentaires personnels</b>	